L'UNION MÉDICALE



Paris. — Imprimerie ALCAN-LEVY, 61, rue Lafayette.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL

DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES

MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL

RÉDACTEUR EN CHEF : M. le docteur L.-GUSTAVE RICHELOT.

GÉRANT : M. le docteur RICHELOT.

TROISIÈME SÉRIE



TOME TRENTE-SIXIÈME

PARIS,

AUX BUREAUX DU JOURNAL

RUE DE LA GRANGE-BATELIÈRE, 11

—

ANNÉE 1883.

Sommaire

Hospice de la Salpêtrière. — M. Legrand du Saulle.

Le Délire des Persécutions (1).

Leçon clinique recueillie par G. Crespin, interne des hôpitaux.

Vous avez compris, Messieurs, en suivant l'évolution successive des phénomènes pathologiques, telle que je vous l'ai exposée dans mes précédentes leçons, que vous vous trouviez en présence d'une maladie insidieuse à marche très lente. Les indécisions qui marquent le début du délire vous ont montré qu'il était bien difficile d'assigner exactement le moment qui sépare la santé de la maladie. La période d'incubation peut en effet embrasser un assez grand nombre d'années; les renseignements exacts manquent d'ailleurs bien souvent sur ce point. Dès que la maladie sera confirmée, vous ne chercherez pas à tromper les familles, car je dois vous dire tout de suite que dans les 4/5 des cas, le persécuté est un malade incurable.

La guérison cependant n'est pas impossible : j'ai trouvé 20 cas de guérison sur 100 environ. Le persécuté qui doit guérir devient moins tenace dans ses conceptions délirantes; il a des intermissions franches, demande à se rapprocher de ses parents, de ses amis, et repousse loin de lui les idées déraisonnables qui viennent encore l'assaillir.

Quelquefois aussi le délire des persécutions peut se transformer : de folie partielle il devient aliénation générale avec excitation ou avec dépression. Et on assiste bientôt soit à un accès de délire maniaque, soit à un accès de mélancolie avec stupeur. Deux cas alors peuvent se présenter : ou bien la manie et la mélancolie cessant, il arrive que les idées de persécution disparaissent également; ou bien au contraire les idées délirantes reparaissent avec plus de persistance et d'intensité, après la disparition des symptômes généraux aigus, et alors tout espoir de guérison doit être abandonné.

Le malade atteint du délire des persécutions présente parfois pendant le cours de sa maladie des rémissions plus ou moins complètes. La rémission est une sorte de guérison provisoire, une phase suspensive du délire, un armistice plus ou moins long pendant lequel les persécutés peuvent entreprendre des voyages, se retrouver au milieu des leurs. Il ne faut pas confondre la rémission avec l'intermission qui n'est qu'un éclair passager de raison. Celui qui a une rémission vraie et complète convient de son délire et regrette les actes inconsidérés qu'il a commis; dans la simple intermission, le malade essaye de donner le change et nie qu'il ait été aliéné.

La durée de ces phases suspensives est extrêmement variable. Elles sont assez fréquentes dans les premiers temps de la maladie; alors il pourra vous arriver de rendre la liberté à un persécuté; mais prenez garde, car si vous avez affaire à une simple intermission pendant laquelle le malade a su fort bien dissimuler son état, vous aurez peut-être à constater un crime quelques jours après. Un exemple tristement célèbre vous montrera le danger qu'il peut y avoir à laisser sortir les persécutés pendant une intermission : On arrêta un jour devant la Madeleine un jeune prêtre qui se tenait à genoux avec un écriteau pour implorer la pitié des passants. Interrogé par le médecin, ce prêtre raconta simplement son histoire : il dit qu'il était en butte à la haine et aux tracasseries de l'archevêque de Paris, qui lui avait fait perdre sa place. Après avoir subi plusieurs interrogatoires

(1) Suite. — Voir le numéro du 26 juin.

avec le plus grand calme, il fut mis en liberté, et quarante-huit heures après sa sortie, l'archevêque Sibour tombait assassiné. Ce jeune prêtre s'appelait Verger. Il avait eu une intermission pendant laquelle il avait pu soutenir avec beaucoup de présence d'esprit toutes les questions posées par un médecin éminent, et dissimuler parfaitement son état. Méfiez-vous donc des intermissions chez les persécutés.

Est-ce à dire, Messieurs, que vous ne devez jamais mettre en liberté le malade qui a une intermission franche? Certes, il n'en est rien. La loi chargée de sauvegarder la liberté des citoyens exige qu'on rende à la vie commune les gens qui ont recouvré leurs attributs intellectuels. Seulement il est du devoir du médecin de prévenir les parents du danger de la situation. Et surtout, ne signez jamais dans ces cas un certificat de guérison, car qui sait ce qui arrivera demain?

Qu'il y ait ou non des intermissions, le délire des persécutions est bien souvent incurable. Si le début a été brusque et la marche rapide, il existe des chances sérieuses de guérison. Mais si après cinq ou six mois, les conceptions délirantes restent stationnaires, il ne faut plus espérer. Dans tous les cas, votre pronostic doit être très réservé.

Vous connaissez maintenant, Messieurs, le délire des persécutions dans ses symptômes et dans sa marche. Il nous reste à insister sur quelques points d'une importance capitale : je veux parler des procès des persécutés et de leurs actes criminels.

Le persécuté qui continue à s'occuper de ses affaires et à aller en liberté est un homme très difficile à vivre. Méfiant et aigri par les prétendues iniquités qu'il subit, il désire se venger de ses parents, de ses voisins, et entame alors une série de contestations judiciaires. Le commissaire de police et le juge de paix sont assaillis de plaintes et de réclamations; les avoués, les avocats, les hommes d'affaires sont sans cesse consultés. Si le malade perd le procès qu'il a intenté, il n'hésite pas à aller devant la Cou d'appel; s'il perd en appel, à se pourvoir devant la Cour de cassation. Rien ne l'arrête : il dissipera biens et fortune, il se ruinera même, peu lui importe, pourvu que « justice lui soit rendue. »

Si le persécuté est militaire ou marin, il est mécontent de ses chefs et s'en plaint continuellement. Vous le verrez changer de corps, s'embarquer pour les pays les plus éloignés; puis il donnera sa démission afin de se venger de ses supérieurs, et portera contre eux plaintes sur plaintes. S'il est fonctionnaire civil, il écrira constamment aux chefs de l'administration pour signaler tel ou tel, et menacera de faire du scandale, si justice ne lui est rendue sur l'heure.

Tous ces individus qui font ainsi des procès continuels ou qui ont sans cesse à se plaindre de l'injustice de leurs supérieurs, peuvent être considérés comme atteints de ce que les Allemands appellent « la manie des querelles. » Mais les auteurs allemands, et en particulier Casper, n'ont pas vu que la manie des querelles n'était qu'une simple manifestation du délire des persécutions. Cependant les observations publiées par Casper serviraient au besoin à prouver ce que j'avance.

Le persécuté, après avoir fait appel à toutes les juridictions, et après avoir essuyé partout des échecs, ne se tient pas pour battu. Comme il a perdu sa fortune en procès sans avoir obtenu gain de cause, il se dit qu'il n'y a pas de justice, que la meilleure justice est celle qu'il se rendra lui-même, et alors cet homme de persécuté va devenir persécuteur. Aussi ne soyez pas surpris si vous apprenez un jour que tel avoué, tel avocat a été assassiné : ce meurtre est bien souvent l'œuvre d'un malade qui « pour se rendre justice » a accompli un acte criminel.

Les actes criminels commis par les persécutés peuvent se produire sous des influences diverses : tantôt le malade a des hallucinations de l'ouïe, se croit poursuivi par des ennemis, et pour mettre fin aux insultes qu'il subit, se rendra coupable d'un assassinat. Tantôt, comme nous venons de le voir,

ne pouvant obtenir raison des tribunaux, il se fera lui-même justicier. Dans d'autres cas, le persécuté ne songera pas à se venger; il acceptera le rôle de victime pendant quelque temps, et lorsqu'il n'aura plus la force de résister aux tourments qui l'accablent, il finira par le suicide. On peut d'ailleurs, comme l'a fait M. Maret, diviser les persécutés en trois groupes. les aliénés qui ne sont nuisibles ni aux autres ni à eux-mêmes; ceux qui sont dangereux pour eux-mêmes et qui ont des tendances au suicide, et enfin les aliénés dangereux pour les autres. Ce sont les aliénés des deux derniers groupes qui doivent fixer notre attention.

Les persécutés dangereux pour eux-mêmes sont ces malades qui se résignent pendant un certain temps, acceptent et subissent toutes les iniquités mais bientôt trouvant la vie impossible, finissent par se donner la mort. Et chose caractéristique, ces aliénés meurent rarement sans laisser un écrit, expression dernière de leur état mental. Cet homme triste et silencieux pendant la vie, qui ne réagissait point contre les injustices qu'il prétendait endurer, ce persécuté passif, en un mot, veut en mourant qu'on entende sa pensée ultime. C'est par exemple un individu qui, se croyant pris pour un sodomiste, se suicidera après avoir écrit au préfet de police de faire faire son autopsie et d'en publier le compte rendu, pour mettre à néant les calomnies qui courent sur son compte.

Quant aux malades dangereux pour les autres, ils constituent la classe la plus importante. C'est par un persécuté que fut frappé à coups de cravache le professeur Lasègue, au moment où il entrait un matin à l'hôpital de la Pitié. Le malade, fils d'un suicidé, a été traité pendant six mois à l'asile de Ville-Evrard, s'est rétabli et a été rendu à la liberté.

Bien souvent les aliénés de cette catégorie, se croyant sans cesse menacés et exposés à des tentatives d'empoisonnement, ont demandé en vain protection à la police et aux tribunaux; alors loin de se résigner, ils se décident à se débarrasser eux-mêmes de leurs ennemis : ce sont des persécutés actifs.

Cette tendance au crime peut heureusement être reconnue : en effet, tandis que l'épileptique tue sans prévenir, le persécuté, au contraire, poursuit son ennemi de lettres diffamatoires, il lui écrit : « Cela finira mal... Vous aurez affaire à moi. » Devant de telles lettres, qu'on se tienne sur ses gardes; car le persécuté actif qui désigne et prévient les personnes auxquelles il en veut, ne tardera pas à mettre ses menaces à exécution.

En 1871, à l'église de Montmartre, une femme de 55 ans tirait plusieurs coups de revolver sur le curé de la paroisse. Cette femme, qui avait des hallucinations de l'ouïe, prétendait que le curé ne pouvait prêcher sans « la narguer et lui faire honte. » Exaspérée, elle avait résolu de se venger et d'en finir, et suivant en cela les habitudes des persécutés, elle avait écrit au curé pour le prier de cesser ses poursuites, et l'avait menacé d'attenter à sa vie, s'il continuait à « instrumenter » avec tant d'acharnement contre une femme sans défense.

L'observation qui va suivre est celle d'un persécuté à la fois assassin et meurtrier de lui-même, que j'ai examiné à Bicêtre : L..., ancien cuisinier, passait dans le département de Seine-et-Marne pour un homme bizarre et irascible. Craignant toujours d'être empoisonné et se croyant traqué par les gendarmes et les espions, il se barricadait dans sa chambre et ne s'endormait qu'avec un couteau sous son oreiller. Ne pouvant plus vivre en Seine-et-Marne, il alla à Melun chez son ami intime, maître d'hôtel du *Grand-Monarque*. Il mangea pendant quelque temps à la même table que son ami, mais bientôt en proie à de nouvelles craintes d'empoisonnement, il fit sa cuisine lui-même et mangea seul. Un jour, à 7 heures du matin, comme il était à la cuisine en train d'examiner le lait, il se précipita sur son ami qui le plaisantait et l'assassina à coups de couteau. Envoyé à Bicêtre, L... a été trouvé un matin pendu dans sa cellule. Le suicide de L... n'a été que la confirmation ultime de son délire.

Vous rencontrerez une classe de malades excessivement dangereux pour les gens qu'ils poursuivent, c'est celle des persécutés persécuteurs. Ces aliénés s'acharnent pendant toute leur vie contre ceux qu'ils considèrent comme leurs ennemis, et ne leur laissent pas un jour de répit. C'est une guerre de tous les instants que livrent ces persécuteurs : tout leur temps se passe à faire des réclamations contre leur ennemi, à le signaler auprès de l'autorité, à le diffamer, à le traîner devant les tribunaux, en un mot à lui nuire dans toutes ses affaires. L'homme qui est l'objet de telles poursuites, doit compter avec son persécuteur, car s'il veut entreprendre quelque chose, il trouvera quelqu'un sur sa route qui lui suscitera toutes les difficultés imaginables. Le persécuteur ne perd pas de vue son ennemi un seul instant; rien ne peut le distraire de sa haine. Il n'est pas très rare de voir ce malade commettre un crime, et lorsqu'il assassinera, ce ne sera pas sous l'influence d'un mouvement impérieux de colère, car tout sera prémédité de longue main, tout sera réglé d'avance. Il prendra toutes les dispositions nécessaires à l'accomplissement du crime, et écrira à sa victime pour l'attirer dans un piège. Le guet-apens est en effet l'un des moyens usuels du persécuteur : vous allez pouvoir en juger par l'observation qui va suivre.

Ch..., 35 ans, intelligent, mais sans éducation, était commis depuis 4 ans 1/2 chez un manufacturier d'Aubervilliers, lorsqu'à la suite d'un détournement de fonds qui se produisit dans la maison, il fut accusé et condamné à six mois de prison, sur la déposition de son patron. A l'expiration de sa peine, Ch... alla protester de son innocence auprès du manufacturier, et lui demanda un certificat de bonne conduite. Sur son refus, il devint plus exigeant, et lui réclama 30,000 francs, puis 100,000 francs de dommages-intérêts. Comme il n'obtenait aucune satisfaction et qu'il n'avait pas d'argent pour plaider, il imagina le guet-apens suivant : il loua une chambre, rue des Jardins-Saint-Paul, et, sous un faux nom, fit donner à son patron un important rendez-vous d'affaires. Celui-ci s'y rendit sans aucune défiance, mais à peine eut-il reconnu son ancien commis, qu'il s'empressa de sortir. Ch... se précipita à sa poursuite, et arrivé au quai des Célestins, lui tira aux jambes un premier coup de revolver qui n'atteignit personne, et un second coup qui blessa au coude le manufacturier. Le plan de Ch... était de blesser son patron, afin de passer devant la Cour d'assises, pour en appeler à l'opinion publique de son innocence. « Si le coup que j'ai porté avait été mortel, ajoute-t-il, je me serais donné la mort, car je ne veux pas passer pour un assassin. » Arrêté et reconnu irresponsable, il fut envoyé à Bicêtre dans mon service. Là, il demandait constamment sa sortie, et m'accusait violemment de ne pas l'avoir laissé passer aux assises.

Vous voyez, Messieurs, combien sont importants à connaître tous les détails que je vous ai donnés sur les actes criminels des persécutés. Vous vous rappellerez que le persécuté actif commet souvent un assassinat, que le persécuté passif est plus enclin à finir par le suicide; vous n'oublierez pas non plus tous les moyens employés par l'aliéné persécuteur et en particulier le guet-apens. Grâce à ces connaissances, vous saurez mettre en garde les familles contre les crimes qui pourraient se produire, et de cette façon vous pourrez parfois empêcher les plus grands malheurs.

— M. Edouard Filhol, ancien pharmacien en chef de l'hôpital Beaujon, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Toulouse et professeur de chimie à la Faculté des sciences de cette ville, vient de mourir à l'âge de soixante-neuf ans.

L'un des fondateurs du musée d'histoire naturelle de Toulouse, il était associé national de l'Académie de médecine depuis 1866. De 1867 à 1870, il avait été maire de Toulouse. Il laisse des travaux importants de chimie, d'hydrologie et de paléontologie, dont quelques-uns ont été couronnés par l'Académie des sciences.

GYNÉCOLOGIE

MÉMOIRE

sur le

TRAITEMENT DE L'ENGORGEMENT DU COL UTÉRIN PAR LES CAUTÉRISATIONS AVEC LE CAUSTIQUE FILHOS (1),

(CAUSTIQUE DE VIENNE SOLIDIFIÉ)

Par le docteur G. RICHELOT père,
Médecin inspecteur de l'établissement thermal du Mont-Dore.

OBSERVATION XIV. — Involution incomplète après un second accouchement. La marche rendue impossible par des douleurs abdominales dues à l'engorgement considérable de la matrice et de son col. Emploi pendant un an du pessaire Gariel, qui permet la marche, mais sans modifier avantageusement les organes malades. Suppression du pessaire et traitement de l'engorgement utérin par les cautérisations avec le caustique Filhos. Guérison après six cautérisations, dans l'espace d'un mois et demi environ.

Madame N..., de Paris, m'a consulté en mars 1866. C'était une femme d'une trentaine d'années, lymphatique, très grasse, mais robuste. Elle était mère de deux enfants; le dernier avait environ un an. Pour tout renseignement, elle se borna à me dire qu'aussitôt après son second accouchement, qui aurait été naturel ainsi que le premier, la marche lui était devenue impossible à cause des vives douleurs qu'elle éprouvait dès qu'elle était dans l'attitude verticale. Ses médecins n'avaient rien trouvé de mieux alors à lui prescrire que l'emploi du pessaire Gariel. En effet, munie de ce pessaire, elle pouvait marcher sans douleur, sinon sans fatigue. Toutefois, c'était une chose assez assujétissante et assez désagréable que l'usage de ce pessaire pour une femme mariée.

Par l'exploration des organes génitaux, il me fut facile de constater l'existence d'un engorgement considérable du col de la matrice, auquel le corps du viscère participait manifestement. Les médecins qui avaient assisté la malade après son accouchement ne s'étaient préoccupés que de l'élément douleur, et avaient admis vaguement un abaissement utérin, sans chercher à se rendre compte des conditions pathologiques où la douleur et l'infirmité consécutive pouvaient avoir leur source.

Je fis rejeter le pessaire, et je commençai immédiatement le traitement par les cautérisations avec le caustique Filhos. Il fallut six cautérisations, que je pratiquai du 23 mars 1866 au 7 mai suivant. Ces cautérisations, peu douloureuses, amenèrent un écoulement humoral plus ou moins abondant, et, par suite, le dégorgement du viscère et de son col. Après les premières opérations, la malade put marcher sans pessaire, et même venir dans mon cabinet pour subir les suivantes. Après la troisième cautérisation, la malade fut prise de douleurs abdominales, qui la retinrent au lit pendant trois jours, et qu'elle attribuait à des fatigues imprudentes. Le repos suffit pour faire cesser ces souffrances et permettre de reprendre le traitement.

En résumé, après ces six cautérisations, la matrice et son col avaient repris leur condition normale, et la malade, guérie, put marcher comme tout le monde. Je ne l'ai pas perdue de vue depuis; elle ne s'est jamais ressentie de l'infirmité contre laquelle on lui avait fait porter un pessaire Gariel.

REMARQUE. — Cette observation demande peu de commentaires. Le fait est évident et clair. Les accidents se relient tout naturellement à une lésion facile à reconnaître; on suit les effets heureux du traitement sans la moindre hésitation possible. — L'observation suivante, quoique différente par la forme de la lésion, s'en rapproche d'une manière remarquable à beaucoup d'égards.

OBSERVATION XV. — Allongement hypertrophique considérable de la portion vaginale du col utérin pris pour un abaissement de matrice. Introduction laborieuse d'un pessaire, qui donne lieu à une aggravation des souffrances et les rend insupportables. Suppression du pessaire. Reconstitution du col et guérison de tous les symptômes par les cautérisations avec le caustique Filhos.

Une jeune femme du village de X..., en Auvergne, coiffeuse de son état, et par conséquent obligée de se tenir presque continuellement debout auprès de ses clientes, ressentait à la suite d'un premier accouchement, lorsqu'elle était dans l'attitude verticale,

(1) Suite. — Voir le numéro du 19 juin.

des pesanteurs et des douleurs dans le bas-ventre et dans les reins, qui la gênaient cruellement dans l'exercice de sa profession. Un médecin du pays, consulté par elle, trouvant le museau de tanche à la vulve et ne s'apercevant pas de l'état anormal de cet organe, diagnostiqua un prolapsus utérin, et eut l'idée de placer un pessaire dans l'intention de reporter la matrice à sa place et de l'y maintenir. L'introduction de ce pessaire fut très laborieuse, et fut suivie d'une exacerbation pénible des souffrances. La jeune malade ne pouvant plus y tenir, vint me consulter dès qu'elle connut mon arrivée au Mont-Dore.

L'extraction du pessaire fut difficile et douloureuse, mais sa suppression fut suivie immédiatement d'un soulagement relatif.

Je procédai alors à une exploration méthodique, afin de me rendre compte de l'état exact des parties. La matrice était à sa place ; mais la portion vaginale du col avait subi un développement hypertrophique énorme et s'allongeait jusqu'à la vulve. Le col engorgé était d'ailleurs mollasse et peu sensible à la pression du doigt.

Le traitement était clairement indiqué. J'eus recours immédiatement aux cautérisations avec le caustique Filhos. Après chaque cautérisation, qui déterminait un écoulement sanieux très abondant d'abord, moins abondant ensuite, je pus constater avec intérêt le retrait progressif de l'organe hypertrophié. Le museau de tanche se rapprochait de plus en plus du corps de la matrice. Après un petit nombre de cautérisations, le col utérin se trouva réduit à son volume normal. La jeune femme put alors exercer sans peine sa profession fatigante. Sa guérison, en effet, était si complète, qu'elle redevint enceinte quelques mois après les dernières cautérisations et eut une grossesse et un accouchement naturels. Deux ou trois mois après cet accouchement, à la saison thermale suivante, elle me pria de faire une exploration. La matrice et son col étaient parfaitement sains.

Remarque. — Que penser du jugement d'un praticien qui prend pour un *lapsus uteri* l'allongement hypertrophique de la portion vaginale du col, lésion si facile à diagnostiquer en général, et dans ce cas-ci en particulier, et soumet sa cliente à la torture d'un pessaire inutile !

Cet allongement hypertrophique rentrait-il dans la catégorie de ceux que Huguier proposait de traiter par l'amputation ? Quoi qu'il en soit, je ne pense pas qu'on puisse, dans ces cas, mettre en parallèle l'emploi de l'instrument tranchant qui peut ouvrir la porte à de graves accidents, hémorragie, septicémie, etc., avec un mode de traitement qui ramène si facilement, si complètement et sans danger l'organe malade à ses conditions naturelles. Je ne puis m'empêcher de rappeler ici le cas rapporté par Michel Peter dans sa traduction du Traité de Bennet (p. 463). Il s'agissait d'une femme robuste et bien portante, affectée d'un prolapsus utérin avec élongation hypertrophique du col; elle fut opérée de la façon la plus habile, et cependant sept jours plus tard, elle mourait de péritonite.

A suivre.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

Le 6 janvier dernier, l'*Union médicale* appelait l'attention sur les dangers que préparait à l'Europe la conduite du gouvernement anglais, depuis la conquête de l'Egypte, et la violation flagrante des règlements sanitaires internationaux en Orient. Les événements donnent à nos appréhensions une complète et funèbre confirmation.

Depuis plusieurs semaines, on avait constaté la présence du choléra à Bombay, et un grand nombre de membres du Conseil sanitaire d'Alexandrie avaient reconnu la nécessité de prescrire des mesures quarantenaires. Mais l'omnipotence en Egypte et la mauvaise volonté du gouvernement anglais leur firent obstacle et donnèrent lieu à des incidents scandaleux dont nous donnerons bientôt le récit complet à nos lecteurs : de là l'invasion de Damiette par le choléra et l'origine de l'épidémie actuelle.

Le 23 juin, on comptait onze cas de mort à Damiette, et cependant le chef sanitaire hésitait encore à déclarer la ville contaminée : il attribuait cette mortalité à des gastro-entérites. Le 24 juin, la commission sanitaire déclarait qu'il n'en était pas ainsi, et reconnaissait l'existence du choléra indien dans cette ville. Le genre morbide de l'épidémie en donne bien la preuve : le 26 juin, on comptait 37 décès cholériques sur 47, le 27 juin, 113 sur 129; le 28, Rosette, c'est-à-dire l'autre bouche du Nil, était bientôt infectée ; Tantah, ville qui commande la route du Caire à Alexandrie, est également conta-

minée, et, le 27 juin, on y constate un cas de décès cholérique. A Mansourah, on compte 7 cholériques, le 26 juin, et onze nouveaux cas le 27 et le 28; les décès sont au nombre de quatre.

Le 27 juin, des fugitifs venant, dit-on, de Damiette, apportent le choléra à Pord-Saïd, on en constate un décès dans un village arabe distant d'un demi-kilomètre de la ville européenne.

Le delta du Nil est donc aujourd'hui envahi à l'exception d'Alexandrie. Par Rosette et Damiette la maladie occupe les deux extrémités de la contrée, elle menace le canal de Suez, la route des Indes, le grand chemin maritime de l'Orient vers l'Occident. Aux dernières nouvelles, Suez, Ismaïlia n'étaient pas contaminées. Un cordon de troupes isolait Damiette, un autre cordon sanitaire protégeait Alexandrie du côté de la terre et surveillait les trains du chemin de fer du Caire à Mansourah. Dix-sept jours de quarantaine sont imposés aux voyageurs et aux navires venant de Port-Saïd. Néanmoins la panique s'est emparée de la population de cette ville déjà ruinée par le bombardement et dont l'épidémie actuelle achèvera le désordre. De quelle immense reconnaissance l'Égypte et Alexandrie sont donc redevables à l'humanitarisme anglo-saxon?

Quelles sont les mesures sanitaires actuellement destinées à protéger l'Europe ? Sur le canal de Suez, les navires en transit de ou pour l'Europe sont soumis, pendant leur séjour entre les deux mers, à un rigoureux isolement conformément au règlement qui fit, il y a six mois, jeter les hauts cris aux journaux anglais. La Turquie, l'Autriche, la Grèce, l'Italie, l'Espagne, ont établi des quarantaines sur tous les navires venant du canal de Suez ou de l'Egypte.

En France, depuis le 28 juin, la quarantaine est imposée à toutes les provenances d'Egypte, de Chypre ou de Malte. Pour la dernière île, la mesure a d'autant plus sa raison d'être que les navires anglais qui redoutent d'être mis en quarantaine à leur arrivée en Europe, débarquent leurs passagers à Malte, et leur évitent ainsi les obligations de la surveillance sanitaire. Or, de Malte à Tunis, le voyage est de quelques heures, et de Malte à Paris de trois jours seulement. A Marseille, le port du Frioul a été affecté au service quarantenaire. Depuis le 28, il a été évacué par le génie militaire, et le personnel sanitaire en a la surveillance. Samedi dernier, cinq navires y étaient déjà soumis à une quarantaine variant de six à huit jours selon leur provenance.

Ces mesures ont été étendues à la totalité de notre littoral méditerranéen, à la Tunisie et à l'Algérie. De plus, dans ces dernières contrées, on a interdit le pèlerinage à la Mecque.

Seule l'Angleterre ne s'est pas associée à ces mesures. Par son indifférence, elle a provoqué la propagation du fléau, dont son empire indien est l'un des foyers. Dans son âpreté commerciale, elle ne s'efforce pas de fermer à la maladie les issues par où elle gagnerait l'Europe. Il est donc à craindre que, transporté de Port-Saïd sur les rives de la Manche ou de la Tamise, le choléra n'aborde l'Europe par le littoral de l'Océan ou de la mer du Nord. C'est dans cette crainte que, depuis le 1er juillet, on a imposé les mêmes quarantaines aux navires venant de Bombay ou d'Orient, et abordant au Havre ou dans les autres ports de l'Océan. L'accès du continent ne lui serait donc pas interdit par cela seul que les quarantaines méditerranéennes seront strictement observées. Il est vrai que, pour les Anglais, les intérêts britanniques, le commerce britannique, passent cyniquement avant la santé du continent tout entier!

Cette situation ne laisse pas que d'être embarrassante pour les organes de la presse anglaise. De là les explications embarrassées du *Times,* mettant gravement les pastèques en cause, et accusant les habitants de Damiette d'avoir fait usage de poissons « imparfaitement vidés, mal séchés au soleil et nauséabonds, et nourris avec des détritus d'animaux. » Le volumineux journal de la Cité de Londres ne fait vraiment pas un grand effort d'imagination pour nous apprendre que les poissons des lacs de Damiette ne valent pas ces fameuses murènes qu'engraissaient les empereurs romains! Il vaudrait bien mieux reconnaître les fautes commises et en prévenir les conséquences que d'abriter naïvement les responsabilités anglaises derrière des pastèques et des poissons mal séchés. — C. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et de la discussion qui a suivi la communication de M. Reclus relative à un cas de guérison spontanée d'une pustule maligne, l'auteur de cette communication a cité un exemple semblable dont il doit la rela-

tion à M. Verneuil et dont l'observation a été présentée à la Société de chirurgie. Comme dans le cas de M. Reclus, le malade observé par M. Verneuil a guéri spontanément d'une pustule maligne parfaitement caractérisée; l'examen des liquides de la tumeur et du sang n'a fait découvrir pareillement aucune bactéridie. En ce qui concerne l'engorgement ganglionnaire nié par M. Desprès dans la pustule maligne, M. Verneuil admet parfaitement cet engorgement, qu'il explique par l'existence d'une lymphangite accompagnant l'auréole inflammatoire qui entoure l'eschare.

M. Desprès répond que l'un des caractères de la pustule maligne est de ne pas avoir d'engorgement ganglionnaire. Celui-ci, quand il existe, est exceptionnel. L'absence de cet engorgement constitue un élément du diagnostic de la pustule maligne, si bien que, lorsqu'on voit les ganglions engorgés, il est extrêmement probable qu'il ne s'agit pas d'une pustule maligne. C'est d'ailleurs une hypothèse de dire avec M. Verneuil que la fièvre de la pustule maligne est due à une lymphangite productrice de l'engorgement ganglionnaire.

M. Reclus rappelle que M. Richet vient de présenter à l'Académie des sciences un mémoire sur la pustule maligne, contenant des observations dans lesquelles on note l'existence d'un engorgement ganglionnaire plus ou moins considérable.

M. Richelot a gardé la mémoire d'un cas de pustule maligne extirpée par Dolbeau, et dans lequel l'examen des liquides de la pustule et du sang par M. Hayem démontra l'absence de la bactéridie charbonneuse. Peut-être, comme l'a fait remarquer M. Pozzi, 'absence de la bactéridie est-elle en rapport avec l'atténuation de la virulence et de la malignité. Toutefois, dans le cas de M. Richet, il y avait absence totale de bactéridie dans le sang du malade, bien que le thermomètre marquât 40 degrés de température générale, ce qui peut être considéré comme un signe d'infection grave.

M. Lucas-Championnière dit que c'est un fait connu depuis longtemps et mis en lumière par les recherches de M. Pasteur, que l'absence de la bactéridie charbonneuse dans le sang des malades; il résulte de ces recherches que la bactéridie charbonneuse ne se rencontre dans le sang qu'à une époque très rapprochée de la mort et dans les cas d'intoxication complète.

— M. Guéniot présente un enfant âgé de trois semaines et qui porte les traces évidentes du rachitisme : ainsi il existe une hyperostose considérable de l'extrémité inférieure du fémur, des extrémités supérieure et inférieure du tibia; de plus, ce dernier os est extrêmement arqué dans le sens de sa courbure naturelle; du côté des membres supérieurs existent également des nodosités caractéristiques. On ne constate rien d'ailleurs dans les os du crâne, ni dans ceux de la cage thoracique. L'ossification de ces cavités présente les conditions normales.

Ce qu'il y a surtout de remarquable chez cet enfant, c'est qu'il porte les traces évidentes d'un rachitisme qui paraît guéri, car les os où on les observe ont la solidité du tissu osseux normal. Voilà donc un enfant qui a subi dans le sein maternel une double influence, ou un double travail, l'un morbide et l'autre curatif. M. Guéniot se borne aujourd'hui à présenter l'enfant avant l'enquête qu'il se propose de faire sur les antécédents des parents.

Pour sa part, après les communications faites en sens contraire, devant la Société de chirurgie, par MM. Parrot et Henri Cazin, après la discussion qui a suivi ces communications, M. Guéniot conserve des doutes absolus touchant l'origine syphilitique du rachitisme. C'est par un examen rigoureux et attentif des faits qui se présenteront désormais à l'observation que ce point de doctrine peut être élucidé et jugé. Il convie ceux de ses collègues que cette question intéresse, à faire cette enquête avec lui.

— M. Terrier lit un rapport sur un travail de M. le docteur Dianoux (de Nantes) intitulé : *de la malaxation de l'œil après la sclérotomie*.

L'auteur de ce travail préfère la sclérotomie à l'iridectomie dans le traitement du glaucome. Il met en relief les avantages de la sclérotomie qu'il oppose aux inconvénients, nombreux suivant lui, de l'iridectomie. Il attribue l'abandon dans lequel la sclérotomie est tombée à l'emploi de procédés défectueux; il propose de substituer à ces procédés une méthode qui lui paraît préférable et qui consiste dans une section des trois quarts de la sclérotique qui permet un écartement suffisant des lèvres de la plaie et la filtration à l'extérieur du liquide de la chambre antérieure, filtration que l'on favorise par des pressions exercées matin et soir sur le globe de l'œil; ces manœuvres, espèce de massage que le malade peut pratiquer lui-même, ont pour effet d'empêcher la cicatrisation trop rapide des lèvres de la plaie, en même temps qu'elles favorisent la filtration du liquide intra-oculaire.

M. le rapporteur propose d'adresser à l'auteur une lettre de remercîments pour son ingénieux travail et de déposer honorablement son manuscrit aux Archives. (Adopté.)

— M. TERRILLON fait une communication relative à des opérations d'ovariotomie qu'il a eu l'occasion de pratiquer à la Salpêtrière. Trois de ces opérations lui ont paru présenter des particularités intéressantes; elles sont relatives à des cas dans lesquels l: tumeur ovarienne s'était développée en partie dans le ligament large, et cette disposition a entraîné des difficultés spéciales pour le manuel opératoire.

La littérature médicale est peu riche en travaux relatifs à la question des kystes ovariques enclavés dans le ligament large; en dehors des observations publiées par nos compatriotes MM. Péan et Kœberlé, et par trois ou quatre chirurgiens étrangers, les recueils scientifiques n'ont presque rien offert aux recherches de M. Terrillon sur ce sujet. C'est pourquoi il a cru devoir présenter le travail d'ensemble dont il donne lecture à la Société de chirurgie.

Nous croyons devoir réserver pour notre prochain compte rendu l'analyse du travail de M. Terrillon, que nous mettrons sous les yeux de nos lecteurs en même temps que le résumé de la discussion à laquelle il doit donner lieu, et qui a été renvoyée à la prochaine séance.

— M. le docteur BEAUREGARD (du Havre) présente de nouveau devant la Société de chirurgie le malade auquel il a pratiqué la suture osseuse pour une fracture de la rotule, et qui a été présenté déjà il y a deux mois. La note lue à ce sujet par M. Beauregard est renvoyée à l'examen de la commission déjà nommée. — A. T.

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Brown-Séquard lit une note intitulée : *Recherches expérimentales et cliniques sur le mode de production de l'anesthésie dans les affections organiques de l'encéphale.*

« ..... Dans une série de communications à l'Académie, j'essayerai de montrer que les anesthésies, les paralysies, les amauroses, produites par une affection organique de l'une des diverses parties de l'encéphale, dépendent le plus souvent, sinon toujours, de toute autre chose que de la cause qu'on leur attribue, c'est-à-dire une perte de fonction de la partie qui est détruite. Dans ce premier travail, je n'étudierai que l'anesthésie de cause encéphalique et seulement pour faire voir qu'il faut rejeter l'opinion que ce symptôme dépend nécessairement de la destruction de conducteurs ou de centres servant à la sensibilité. Je vais d'abord montrer par des faits expérimentaux et des faits cliniques qu'une anesthésie due à une lésion organique de l'encéphale peut disparaître soudainement et très rapidement.

Des expériences très nombreuses sur des chiens, des lapins et des cobayes m'ont montré cette subite disparition. Il arrive quelquefois, chez ces animaux, que la section d'une moitié latérale du bulbe ou de la protubérance ou celle d'un pédoncule cérébral est suivie d'une anesthésie du côté correspondant. Supposons que la section ait été faite à *droite* et que les membres *gauches* soient anesthésiés et les *droits* hyperesthésiés. Si alors, du côté de l'anesthésie (c'est-à-dire à *gauche*), je coupe la moitié latérale de la moelle dorsale, je vois presque immédiatement, non seulement disparaître l'anesthésie, mais survenir de l'hyperesthésie dans le membre postérieur gauche, et en même temps l'inverse se produire dans le membre postérieur *droit*. Il est clair que si l'anesthésie à *gauche*, après la première lésion, n'avait dépendu que de la perte de fonction de la partie sectionnée à la base de l'encéphale, elle n'aurait pas disparu soudainement sous l'influence d'une lésion de la moelle. La disparition d'une anesthésie due à une affection organique de l'encéphale a été observée chez l'homme pas Remak, MM. Clément Bonnefin, Vulpian, Gayet, Grasset et plusieurs autres médecins. Le retour de la sensibilité a été soudain ou très rapide sous l'influence de chocs galvaniques. Ici encore, si l'anesthésie avait dépendu de la perte de fonction de la partie lésée, elle n'aurait pas disparu rapidement et surtout soudainement.

Je vais maintenant mentionner très brièvement une série d'autres arguments presque tous tirés de l'étude de plusieurs milliers d'observations cliniques, étude à laquelle j'ai consacré une grande partie de mon temps durant les trente dernières années. Voici ces arguments :

1° Toutes les parties de l'encéphale peuvent produire de l'anesthésie. Cela explique comment des localisateurs, commettant la faute de considérer qu'une fonction qui disparaît appartient nécessairement à l'organe qu'on trouve lésé, ont pu émettre l'opinion que le centre des perceptions des impressions sensitives se trouve dans le cervelet, dans la couche optique, dans le lobe postérieur, dans certaines circonvolutions, etc. Les

faits autoriseraient à trouver ce centre, ou les conducteurs qui s'y rendent, dans les parties dites motrices de la base de l'encéphale ou de la capsule interne, dans l'un ou l'autre des deux corps striés, dans toutes les parties des lobes antérieur, moyen ou sphénoïdal, etc., puisque des lésions localisées dans l'une de ces portions de l'encéphale ont déterminé quelquefois de l'anesthésie.

2° Chacune des parties d'une des moitiés de l'encéphale peut être détruite sans qu'il ait d'anesthésie. La lésion peut même être très considérable sans que ce symptôme se montre. M. Richet a publié un cas de destruction du lobe moyen et d'une grande partie du lobe postérieur, sans anesthésie. Abercrombie, Rostan, Porta et d'autres observateurs ont trouvé un hémisphère presque entièrement détruit sans qu'il y ait eu d'anesthésie.

3° Des parties similaires des deux côtés de l'encéphale, y compris même celles que l'on suppose servir à la perception des impressions sensitives, peuvent être détruites sans qu'il y ait d'anesthésie évidente.

4° Au lieu de produire de l'anesthésie, des lésions destructives des parties qu'on croit servir à la sensibilité, comme voies conductrices ou comme centres, ont quelquefois donné lieu à de l'hyperesthésie.

5° Dans plus de cent cas, des lésions des parties les plus variées de l'encéphale ont donné lieu à de l'anesthésie du côté lésé, c'est-à-dire là où ce symptôme n'aurait pas dû paraître.

6° Une lésion destructive considérable de parties considérées comme centres ou comme voies conductrices des impressions sensitives, au lieu de produire de l'anesthésie dans les deux membres du côté opposé, n'en a assez souvent fait paraître que dans le bras ou dans la jambe.

7° Dans certains cas de lésion encéphalique, l'anesthésie, au lieu d'être totale, n'existait que pour l'une des diverses espèces d'impressions sensitives (tactiles, thermiques, douloureuses).

8° L'anesthésie peut ne survenir que dans un des côtés du corps, bien que la lésion occupe dans une même étendue des parties semblables à la base de l'encéphale, des deux côtés. En revanche, une lésion d'un seul côté du grand centre intra-crânien peut déterminer l'anesthésie dans les deux côtés du corps.

9° L'expérimentation sur les animaux (en harmonie, du reste, avec de très nombreux faits cliniques) montre que la section transversale d'une moitié latérale de la base de l'encéphale, depuis le bulbe jusqu'à la capsule interne, inclusivement, donne des résultats très variés quant à la production de l'anesthésie. Bien que, dans tous ces cas, on coupe la masse entière des fibres qu'on croit être les voies conductrices des impressions sensitives venues du côté opposé du corps, on trouve : d'une part, que chacune de ces parties peut être sectionnée sans qu'il y ait d'anesthésie évidente ou persistante; d'une autre part, que certaines parties, et surtout la capsule interne, déterminent l'anesthésie bien plus souvent que les autres.

Si, en présence des faits sur lesquels sont fondés plusieurs des arguments précédents, on voulait persister à considérer l'anesthésie de cause organique encéphalique comme démontrant que la partie lésée est la voie de transmission ou le centre de perception des impressions sensitives venues d'une moitié du corps, on serait nécessairement conduit aux deux absurdités que voici : la première serait que chacune des parties de l'encéphale est la seule voie de transmission ou le seul centre de perception des impressions sensitives; la seconde serait qu'aucune partie de l'encéphale n'est une voie de transmission ou un centre percepteur des impressions sensitives.

Dans un prochain travail, j'examinerai par quel mécanisme se produit l'anesthésie dans les cas de lésion de l'encéphale. Je me bornerai, aujourd'hui, à conclure des faits mentionnés ci-dessus que c'est une erreur de considérer l'anesthésie de cause encéphalique comme dépendant d'une perte de fonction de la partie lésée. »

— M. le maire d'Aquapendente fait savoir à l'Académie que, pour rendre hommage à la mémoire du célèbre anatomiste Fabricius, d'Aquapendente, sa ville natale, a résolu de lui élever un monument. Des savants italiens ont été appelés à prêter leur concours à la réalisation de ce projet. M. le maire d'Aquapendente prie l'Académie des sciences de favoriser cette œuvre et de la recommander à tous ceux qui s'intéressent aux sciences médicales.

JOURNAL DES JOURNAUX

Quelques considérations relatives au traitement des cardiopathies, par le docteur Finny. — D'après l'analyse de nombreux faits cliniques, l'auteur admet que les signes physiques de l'insuffisance mitrale ne sont pas toujours la preuve d'une maladie organique du cœur et peuvent dépendre, soit de troubles purement fonctionnels, soit de la faiblesse du cœur ou de modifications qualitatives du sang. C'est ainsi que des bruits pathologiques cardiaques ou vasculaires peuvent être plus intenses que des bruits accusateurs de lésions valvulaires. D'ailleurs, le pronostic des maladies en est très aggravé, car l'absence de ces bruits peut être due à la faiblesse de la contraction des fibres valvulaires cardiaques.

L'augmentation des contractions ventriculaires dans les affections valvulaires ne constitue pas un symptôme de la maladie, mais seulement l'indice dénonciateur de l'obstacle ou de l'insuffisance, de sorte que, par exemple, dans le rétrécissement aortique, on doit considérer l'insuffisance mitrale, non pas comme une lésion compensatrice providentielle, mais bien comme une menace pour la vie. Il est donc important, dans le traitement des cardiopathies, de tenir compte des conditions morbides du muscle cardiaque plus encore que de celles des valvules. (*Dublin Journ. of med. science,* fév. 1853.)

Sur une forme particulière de crises gastriques non gastralgiques dans l'ataxie locomotrice progressive, par M. le docteur Lépine. — A côté de la forme douloureuse, il existe une autre variété de crises gastriques caractérisée seulement par des vomissements incoercibles et l'absence de douleurs. Elles peuvent durer plusieurs jours, et comme dans le cas étudié par M. Lépine être la première manifestation du tabes. Ces phénomènes sont rares. (*Lyon méd..* 1882, n° 38.)

De l'emploi de l'acide chromique contre certaines affections de la langue, par Butlin. — Parmi les maladies qui sont heureusement modifiées par ce traitement, M. Butlin signale la glossite chronique des fumeurs et des buveurs qui est souvent associée avec la syphilis; à cet effet, une solution de 10 grains par once (65 miligr. pour 31 gram.) est employée localement. Les ulcérations syphilitiques ont aussi été rapidement améliorées par ce traitement. Aussi l'auteur formule les conclusions suivantes : L'acide chromique a une véritable efficacité contre les affections secondaires spécifiques, telle que ulcérations, tubercules muqueux et condylomes; il est sans action contre les manifestations tertiaires (gommes, syphilides tuberculeuses et ulcéreuses). (*The Phacttionner,* mars 1883.)

De la dilatation de l'ectomac, par le docteur Sanctuary. — Dans quatre cas de dilatation stomacale de causes diverses, le docteur Sanctuary a fait usage du lavage stomacal au moyen du siphon. Les premières fois, les malades éprouvaient des nausées; mais la tolérance s'étant établie, le traitement fut continué. L'amélioration obtenue a été durable. (*Brit. med. Journ.,* mars et avril 1883.) Ces résultats confirment donc les nombreux succès thérapeutiques obtenus en France par l'emploi de cette médication. — L. D.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT DU 2 AU 7 JUILLET 1883

Lundi 2. — M. Lacharrière : Essai sur le traitement des abcès par congestion d'origine vertébrale. (Président, M. Guyon.)

M. Nicolas : Sur deux variétés de fistules ombilicales. (Président, M. Trélat.)

Mardi 3, pas de thèses.

Mercredi 4. — M. Balette : De l'action du salicylate de soude sur l'utérus. (Président, M. Vulpian.)

M. Respaut. — Du délire épileptique. (Président, M. Charcot.)

M. Forest. — L'acide pyrogallique (contribution à son étude physiologique et clinique). (Président, M. Béclard.)

M. Frangeul. — Etude clinique sur l'impaludisme dans les maladies. (Président, M. Potain.)

M. Brisson. — Etude sur la sciatique blennorrhagique. (Président, M. Fournier.)

M. Duerohet. — De l'érythème tricophytique. (Président, M. Fournier.)

Jeudi 5. — M. Codet de Boisse : Contribution à l'étude des tumeurs de l'ombilic chez l'adulte. (Président, M. Richet.)

M. Bernède. — Etude sur l'amaurose consécutive au traumatisme de la région pré-orbitaire. (Président, M. Richet.)

M. Gouéry. — Traitement des fractures de l'humérus. (Président, M. Panas.)

M. Lavrand. — La pilocarpine. — Etude physiologique et thérapeutique. (Président, M. Peter.)

M. Giscaro. — Etude comparée de la pneumonie grave dite infectieuse avec les pneumonies dites à forme typhoïde. (Président, M. Brouardel.)

M. Mancotel. — Polyurie consécutive aux traumatismes du crâne. (Président M. Brouardel.)

Vendredi 6 et samedi 7, pas de thèses.

COURRIER

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur A. Billou médecin-inspecteur des eaux de Saint-Gervais, décédé à Rothonod (Ain), à l'âge de 65 ans; et celle de M. le docteur Dumont (de Monteux), décédé à Rennes, dans sa 81e année.

Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices (année 1883). — La composition écrite du Concours pour les prix de l'internat en médecine et en chirurgie aura lieu le samedi 3 novembre 1883, *à midi précis*, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, n° 3.

Ce concours est obligatoire pour les élèves qui terminent leur deuxième année. Ceux qui, à moins de dispense préalable accordée par le directeur de l'administration, n'auront pas fait et lu la composition prescrite, et ceux auxquels le jury n'aura pas donné au moins la note *passablement satisfait*, seront rayés de la liste des élèves internes des hôpitaux.

Les élèves de quatrième année qui, n'ayant pas concouru, n'auront pas justifié d'un cas de force majeure apprécié par le jury et consigné au procès-verbal, ou qui, ayant concouru, auront fait des épreuves jugées insuffisantes, ne seront admis à concourir pour le *Bureau central qu'après trois années de doctorat.*

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de une à trois heures, du 20 juillet au 14 août inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours de la première division devra être déposé au secrétariat général, conformément au règlement, avant le 15 août, dernier délai.

Laboratoire de zoologie maritime. — Par décret, en date du 16 juin 1883, le terrain appartenant à l'Etat, sis à Marseille, à la pointe d'Endoume, et sur lequel était établie la batterie de Lions, déclassée par la loi du 4 janvier 1883, est affecté au ministère de l'instruction publique, pour l'installation d'un laboratoire de zoologie maritime dépendant de la Faculté des sciences de Marseille.

Conseil académique. — Le Conseil académique de Paris a discuté une importante question, celle de la réforme du baccalauréat ès sciences.

L'année dernière, le ministre avait consulté les Facultés et les conseils académiques pour savoir s'il y avait lieu de supprimer le baccalauréat ès sciences restreint. La majorité des réponses avait été négative. Cette année, M. le ministre demande s'il n'y a pas lieu de réformer en général le baccalauréat ès sciences tout entier.

Sur la proposition des Facultés des sciences et de médecine de Paris, le Conseil académique, après une intéressante discussion, émet les vœux suivants :

1° Qu'il soit institué un baccalauréat ès sciences mathématiques ;

2° Qu'il soit institué un baccalauréat ès sciences physiques et naturelles qui remplacerait le baccalauréat ès sciences restreint ;

3° Qu'à ces deux diplômes ne puissent se présenter que des candidats munis de la première partie du baccalauréat ès lettres ;

4° Que le baccalauréat ès lettres complet soit exigé pour les études médicales des élèves qui visent au doctorat ;

5° Que le programme du baccalauréat ès lettres, en ce qui touche les sciences, soit revisé et surtout allégé.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

BULLETIN

Comme on l'a dit à l'Académie en votant les conclusions du rapport de M. Rochard, la question de la prophylaxie des maladies contagieuses dans la capitale est depuis longtemps à l'étude, et il ne faut pas croire que les mesures concernant la santé publique n'aient pas été, dans ces derniers mois, l'objet d'une sollicitude éclairée de la part des pouvoirs publics. Il existe une *Commission technique de l'assainissement de Paris*, qui travaille avec activité, et dont les délibérations méritent d'être suivies, étant donnés l'état actuel des esprits et les émotions récentes que de brillants orateurs ont suscitées en prenant la parole au nom de la science et de l'humanité. Cette Commission possède dans son sein des hommes tels que MM. Bouley, Brouardel, Gueneau de Mussy, Proust, Vallin, Worms, Durand-Claye, etc.; ces noms en disent assez, et il n'est guère possible que de leurs discussions ne sortent pas quelque jour de sérieux progrès en hygiène publique.

Nous avons sous les yeux le compte rendu de la séance du 21 juin. La commission s'y montre à peu près unanime à condamner le système des fosses fixes; en outre, d'importantes dispositions lui sont proposées pour la construction, l'entretien et le curage des égouts. Il paraît certain que, dans leur état actuel, la plupart de nos égouts n'ont pas la pente et l'irrigation nécessaires pour que les matières de vidange y soient déversées en totalité. Le « tout à l'égout » peut être considéré comme un but éloigné, mais il n'est pas actuellement réalisable. C'est ce qu'on a dit l'autre jour à l'Académie de médecine; mais l'assemblée n'avait pas qualité pour traiter la question, et elle a dû s'en tenir à des indications vagues. Ici, au contraire, le problème est serré de près. En présence des résolutions proposées par la première sous-commission et qui lui semblent conduire au « tout à l'égout »,

FEUILLETON

Les Bains de Baden en Suisse

A l'époque malheureuse de 1870 et 1871, l'armée de Bourbaki mourant de froid et de faim, refoulée par les Allemands entre Pontarlier et la frontière suisse, trouva sur le territoire helvétique un refuge hospitalier. Quatre-vingt mille Français furent recueillis dans toute la Suisse, secourus, logés, nourris, soignés avec une sollicitude et une générosité au-dessus de tout éloge. Ces faits sont connus de tout le monde, mais il en est d'autres qui sont restés inconnus, et que je veux signaler à mes confrères. Au moment où l'armée allemande investissait Belfort et occupait le pays de Montbéliard où j'habite, des députations des villes de Bâle, de Baden, de Neufchâtel, de Lausanne et d'autres lieux, arrivèrent à Montbéliard. Elles étaient chargées de recueillir tous les enfants pauvres et indigents de Belfort et du pays de Montbéliard, et de les emmener en Suisse pendant toute la durée de la guerre.

Dans cette œuvre de charité, la ville de Baden en Argovie se distingua surtout. Plus de cent enfants français furent amenés à Baden, où un grand établissement avait été préparé pour eux. C'est là que, pendant toute la durée de la guerre, ces enfants furent nourris, habillés avec la plus touchante sollicitude. Des maîtres leur furent donnés, et rien ne fut négligé pour leur instruction et leur éducation. Lorsque la paix fut conclue, la ville de Baden attendit encore, avant de renvoyer ces enfants dans leurs foyers, que leurs parents fussent en état de les reprendre.

M. Vauthier a fait remarquer que c'est le débit des égouts, et non seulement leur pente, qu'il faut considérer pour savoir si la vidange peut y être déversée; qu' « un verre d'eau bien employé vaut mieux que des mètres cubes dont on ne sait pas tirer parti »; qu'à nos égouts, si beaux à certains égards, à ces mille galeries amplement ouvertes, et dans lesquelles toute l'eau du fleuve ne suffirait pas à entretenir un écoulement permanent, la froide raison préfère des canaux à section réduite, où il est possible d'entretenir toujours, sans sortir des conditions pratiques, un débit constant en rapport avec les dimensions du lit; que, par suite, il faut chercher un système de conduites étanches qui puisse tout remplacer; quand on l'aura trouvé, le problème de l'assainissement urbain sera résolu.

Malgré l'opposition de M. Vauthier, la commission a pensé que les résolutions proposées pour l'amélioration des égouts réservaient absolument la question du meilleur mode de vidange, et M. Brouardel, qui partage sur le « tout à l'égout » le sentiment de M. Vauthier, a déclaré néanmoins qu'il fallait voter les mesures destinées à rendre l'état de choses actuel aussi satisfaisant que possible. On a donc voté l'établissement de cunettes à rail, l'arrondissement des angles de tous les radiers, etc., et, pour assurer le lavage, indépendamment de l'écoulement des eaux amenées par les bouches et de celles qui proviennent des habitations, un système de chasses produites par des réservoirs d'eau placés à des distances maxima de 250 mètres, et devant se vider instantanément une ou deux fois par vingt-quatre heures. Mais ce n'est pas tout, et une série d'autres mesures, qu'il serait trop long de reproduire ici, ont également pour but d'assurer le bon fonctionnement des égouts et de préparer de nouvelles améliorations pour l'avenir.

Est-il vrai que le vote émis par la commission la conduira, comme l'ont dit quelques membres, à conclure au « tout à l'égout »? Quoi qu'il en soit, ce dernier système a trouvé un autre sérieux adversaire dans la personne de M. le docteur Worms, qui a posé la question suivante : L'état de la santé publique à Paris, dans ces dernières années, est-il de nature à jeter un trouble dans les esprits, à imposer des solutions hâtives en ce qui concerne la question des vidanges? Les nouvelles mesures proposées ont leur source dans l'émotion causée par trois phénomènes : 1° ce qu'on a appelé les odeurs de Paris; 2° l'état de pollution de la Seine; 3° l'accroissement du nombre des cas de fièvre typhoïde.

Si je signale ce fait à mes confrères, c'est pour qu'ils n'oublient pas que cette ville de Baden est une station thermale de premier ordre, et qu'animés par un juste sentiment de reconnaissance, ils considèrent comme un devoir pour eux de la recommander à leurs malades.

Le canton d'Argovie est un des beaux cantons de la Suisse; il présente un aspect varié de vallées fertiles et de collines boisées. C'est là, en effet, que vient mourir la longue chaîne du Jura; c'est là aussi que des cours d'eau puissants, la Limmat, la Reuss et l'Aar réunissent leurs eaux pour les mêler à celles du Rhin. C'est dans cette riante et fertile contrée qu'est située la petite ville de Baden, sur les deux bords de la Limmat. Elle se compose de trois parties : sur la rive gauche, la vieille ville et la ville des Grands-Bains; sur la rive droite, le faubourg des Petits-Bains, ou Ennetbaden.

Je ne vous dirai rien de la vieille ville. Elle date du moyen âge et conserve son cachet féodal avec ses vieilles fortifications, son vieux château et sa porte percée dans une massive tour carrée; ses vieilles maisons lui donnent encore un cachet tout particulier.

La nouvelle ville des Bains se compose d'une longue rue bordée à droite et à gauche de coquettes maisons de style moderne. Elle conduit jusqu'au bord de la Limmat, où sont tous les hôtels des Grands-Bains. L'Ennetbaden est un faubourg sur la rive droite de la rivière où se trouvent de nombreux petits hôtels et pensions plus spécialement destinés aux habitants du pays.

Les sources thermales, en très grand nombre, sortent sur les rives droite et gauche de la Limmat et dans le lit même de la rivière. Leur origine s'explique par la présence d'une faille qui commence derrière une haute colline appelée le Lägern, sur la rive droite de la rivière; cette faille a mis en contact le terrain tertiaire avec le terrain juras-

Les odeurs sont fort désagréables sans doute, quelle que soit leur provenance; mais est-il bien certain qu'elles sont nuisibles? Une odeur infecte peut n'être pas infectieuse.

La pollution de la Seine ne cessera que le jour où les eaux des égouts de Paris, au lieu d'être déversées dans le fleuve, seront employées en totalité pour l'irrigation.

Quant à la fièvre typhoïde, il faut reconnaître que, dans ces dernières années, elle a fait de rapides progrès. En tenant compte de l'accroissement de la population, la mortalité par fièvre typhoïde est de 50 p. 100 plus élevée que dans les quinze années précédentes. Quel facteur devons-nous le plus incriminer, l'état des fosses, la qualité des eaux potables, l'encombrement, l'insalubrité des logements? On ne saurait le dire.

Dans les villes étrangères qui ont adopté le « tout à l'égout », la fièvre typhoïde a diminué. Cela est vrai, mais il convient d'ajouter que la diphthérie a augmenté dans les mêmes villes, c'est-à-dire à Berlin, à Londres et à Bruxelles.

A Paris, la diphthérie, bien plus que la fièvre typhoïde, menace de nous dépeupler. La progression en est constante, et la proportion de la mortalité par diphthérie est actuellement de 7 p. 100 dans la mortalité générale.

En considérant ce qui se passe à Londres, à Berlin, à Bruxelles, il n'est pas permis d'espérer que l'adoption de la vidange à l'égout puisse arrêter les progrès de cette terrible maladie.

Une dernière observation est celle-ci : Paris a supporté en 1873 une épidémie de choléra qui a duré trois mois : du 1er septembre à la fin de novembre, 855 décès seulement ont été enregistrés, et l'on peut évaluer au double le nombre des personnes atteintes (1). C'est l'épidémie la moins meurtrière observée à Paris depuis 1832. Or, quel serait le résultat de la projection à l'égout des matières alvines des cholériques, si nous avions le malheur d'être visités par une nouvelle épidémie? Quels résultats produirait cette dissémination de l'agent contagieux?

M. Worms conclut en ces termes :

« Le mode de vidange à l'égout est peut-être le système de l'avenir; mais, jusqu'au jour où les égouts de Paris seront aménagés de façon à

(1) J. Worms, Rapport adressé à M. le préfet de la Seine sur l'épidémie de choléra qui a sévi à Paris pendant les mois de septembre, octobre et novembre 1873.

---

sique. Sur la partie postérieure du Lagern, en effet, se trouve une grande carrière ou déchirure où nous avons reconnu, d'un côté, les dolomies, les marnes irisées et le gypse, et, de l'autre côté, le lias et l'oolithe ferrugineuse. Nous avons suivi cette faille, qui descend jusque dans le lit de la Limmat, qu'elle traverse pour se continuer sur la rive gauche jusqu'à Brugg. De Brugg, elle suit la rive droite de l'Aar et va se terminer aux Bains de Schinznach.

La température de ces sources au moment de leur émission est de 47° centigrades; elles laissent échapper des gaz qui contiennent de l'azote et de l'acide carbonique.

Dans la plupart des stations balnéaires, les sources sont captées et amenées dans un bâtiment unique où se trouvent des piscines, des cabinets de bains et la Trinkhalle. A Baden, il n'en est point ainsi; chaque hôtel possède sa source, ses cabinets de bains, etc.

Les grands hôtels sont : l'hôtel des Thermes de Baden (Neukuranstalt), qui a été construit par une Société d'actionnaires sur le modèle des grands hôtels de la Suisse et de Paris (Hôtel du Louvre et Grand-Hôtel, par exemple); c'est vous dire qu'on y trouve tout le confort désirable. Cet hôtel, fort bien dirigé par M. et Mme Saft, offre aux baigneurs des cabinets de bains fort bien aménagés, de belles baignoires auxquelles des robinets fournissent en abondance l'eau minérale froide ou chaude. On y trouve aussi des cabinets pour bains de vapeur, des appareils d'inhalation et des douches de toutes espèces. On y pratique aussi le massage.

Le Verena Hof (hôtel de Sainte-Vérène) est spécialement organisé pour les malades qui passent l'hiver à Baden. Des cours et des galeries intérieures bien fermées servent de promenades. Près de la source de l'hôtel se trouvent la salle et l'appareil à inhala-

débarrasser la ville rapidement et sûrement des matières excrémentitielles qui portent la semence de redoutables maladies épidémiques, il serait imprudent de les y conduire et de les y disséminer. »

Cette manière de voir nous paraît la plus juste. Maintenant surtout, il ne faut pas risquer une expérience qui pourrait coûter cher à la santé publique. Le choléra qui frappe à nos portes, et que protège le pavillon anglais, n'est-il pas, en effet, une nouvelle et puissante raison pour ne rien précipiter, et pour s'en tenir, au moins quant à présent, aux sages conseils donnés depuis longtemps et avec autorité par le professeur Brouardel?

L.-G. R.

REVUE DE GYNECOLOGIE

De l'emploi de l'eau chaude et de l'eau froide en gynécologie.

L'eau employée à l'extérieur comme agent thérapeutique agit de deux façons, et par son contact et par sa température. Le contact peut être passager ou prolongé; il peut être simple, lorsque par exemple on applique sur un point du corps une compresse imbibée d'eau, ou violent comme dans la douche. La température peut varier de 0 à 100°. De 0 à 50° l'eau agit en modifiant les phénomènes vaso-moteurs; élevée à un degré plus haut, elle désorganise les tissus et produit les phénomèens de la brûlure.

Quel que soit le point du corps où l'eau soit appliquée, nous retrouvons ces mêmes propriétés thérapeutiques, et il n'en est pas autrement si nous pénétrons dans le domaine de la gynécologie. Nous ne voulons parler que des applications locales de ce liquide, de l'hydrothérapie locale. Les gynécologues emploient l'eau comme émollient à l'aide de compresses imbibées qu'on place sur l'hypogastre, mais le principal usage consiste dans les injections vaginales et rectales.

On a renoncé aux injections faites avec une certaine violence sur le col de l'utérus, par exemple, à cause des dangers qui les accompagnent; on se contente de faire pénétrer l'eau doucement, et c'est surtout par sa température qu'on se propose d'atteindre le but thérapeutique désiré.

La température de l'eau injectée varie de 0° à 50° centigrades. Hegar et Kaltenbach, dans leur traité de gynécologie, établissent arbitrairement cinq catégories dans le degré de température de cette eau. Ils appellent eau froide celle qui a de 6 à 15°; fraîche de 15 à 22°; tiède de 22 à 26°; chaude de 26 à 32°; très chaude au-dessus de 32°. On se contente en général de deux catégories et on entend par eau froide celle dont la tempé-

---

tion. Les gaz qui se dégagent de la source sont recueillis dans une cloche qui se trouve immédiatement au-dessus du niveau de l'eau, et leur inspiration a lieu au moyen de tuyaux en caoutchouc munis d'un embout en verre. La cure d'hiver est facilitée par un arrangement particulier: les bains sont reliés aux chambres d'habitation au moyen de corridors maintenus à une température chaude, avec doubles portes pour éviter le courant d'air. Les plantes qui grimpent aux parois des galeries et des cours intérieures attestent cette température constamment douce et agréable de l'intérieur de l'établissement. Les salons, salles à manger, chambres à coucher sont tenus constamment chauds par des calorifères et des fourneaux en casel. On peut ainsi faire en toute sécurité une cure en hiver sans s'exposer à se refroidir.

Les pauvres ne sont pas oubliés à Baden. Un petit hôpital très bien organisé leur donne la facilité de faire gratis la cure des eaux. Il existe en outre un hôtel, les *Trois Confédérés* (Drei Eidgenossen), où, moyennant un franc par jour, on est logé et nourri très convenablement. C'est une ressource précieuse pour les petites bourses que je recommande à mes confrères.

L'ensemble complet du traitement balnéaire comprend : 1° les *bains*. On est obligé de préparer le bain la veille et de le laisser refroidir pendant la nuit. On les prend à la température de 30 à 36° centigrades; leur durée varie de 15 minutes à une heure. Au début, le malade ne reste que peu de temps au bain, et la durée s'augmente graduellement jusqu'au milieu de la cure; alors on en diminue de nouveau la durée jusqu'à la fin. La cure thermale classique est de 21 à 28 bains. — 2° Les *douches* de toutes sortes, comme dans toutes les stations thermales, du reste. — 3° Les *bains de vapeur* gazeux sont administrés dans des locaux hermétiquement clos et communiquant avec les

rature est au-dessous de 10°, et par eau chaude celle dont la température est supérieure à celle du corps humain.

Les injections rectales d'eau chaude, déjà connues depuis longtemps, ont été récemment remises en vogue par J.-A. Chadwick (1). Cet auteur, après avoir montré comment, introduite dans le rectum, l'eau entre en contact médiat avec les organes génitaux sur une étendue bien plus grande que lorsqu'elle pénètre dans le vagin, préconise cette méthode : 1° dans les états inflammatoires du rectum et du gros intestin, aigus ou chroniques, accompagnés de douleurs, de diarrhées, etc.; 2° dans les inflammations des organes pelviens avec défécation douloureuse, douleurs de reins, sensation de brûlure dans l'abdomen. Pour être efficace, cette douche doit être aussi chaude, aussi abondante et aussi longue que possible. La température de l'eau doit être telle, qu'elle doit difficilement être supportée par la main, c'est-à-dire de 43 à 44 degrés.

Mais ce sont surtout les injections vaginales qui sont usitées et employées en gynécologie. Ces injections, connues aussi et pratiquées depuis longtemps, viennent d'être étudiées de nouveau avec soin par Max Runge (2). Ce sont les résultats intéressants obtenus par cet auteur que nous voulons faire connaître ici.

Dans un premier travail, Runge avait publié les heureux résultats que lui avaient fournis les injections d'eau chaude dans le cas de masses inflammatoires chroniques ou anciennes entourant l'utérus, dans les cas d'écoulements sanguins se faisant par la muqueuse utérine et aussi dans les cas où les deux états précédents se trouvent réunis. Il expliquait l'action de ce moyen de deux façons : d'abord par la température, puis par le contact même du liquide qui exercerait localement une sorte de massage des tissus en contact avec le vagin.

Schultze, critiquant le travail précédent, sans nier l'action thérapeutique des injections d'eau chaude, reprochait à l'auteur de ne pas parler de l'eau froide : il y avait là un point de comparaison intéressant à établir et dont l'absence rendait incomplète l'étude de Runge.

Pour combler cette lacune, Runge étudia expérimentalement et cliniquement les résultats fournis par l'eau chaude et par l'eau froide.

L'animal expérimenté fut le lapin. Après avoir ouvert la cavité abdominale d'une femelle de lapin, et mis à nu l'utérus, on verse de l'eau à 5°, de manière à constituer autour de la matrice un bain de cette eau. L'utérus entre tout de suite en contraction tétanique, il devient pâle et décoloré. La contraction dure environ une minute, puis cesse et ne tarde pas à se reproduire, et ainsi de suite, pendant quelques instants. Si on renouvelle l'eau qui baigne l'utérus de telle sorte que la température reste à 5°, la con-

(1) *Transact. of the Americ. Gyn. Society.* V, p. 281.

(2) *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1883, n° 2. — *Centralblats für Gynakologie*, 26, 5, 1883.

---

sources. La vapeur qui se dégage de la source accuse une température de 39 à 40° centigrades. — 4° L'*inhalation* se fait dans des locaux bien clos, et consiste dans l'absorption par la respiration des gaz qui s'échappent des sources au moyen de tubes en caoutchouc. La durée d'une inhalation varie de dix à trente minutes. — 5° Les fanatiques s'imaginent que la cure par les bains doit être forcément accompagnée par une cure interne, et ils absorbent chaque jour de deux à plusieurs verres d'eau par jour. Mon expérience personnelle m'oblige à protester absolument contre l'emploi interne de l'eau de Baden, qui ne peut, suivant moi, donner aucun résultat avantageux, mais, au contraire, troubler les fonctions digestives. — 6° Ajoutons, enfin, que l'on peut faire à Baden des cures de lait et de petit-lait, ainsi que des cures de raisins.

J'ai pu constater par expérience que les bains de Baden prolongés guérissent la sciatique chronique, comme cela m'est arrivé à moi-même. J'ai constaté également qu'ils font disparaître les engorgements œdémateux des jambes, lorsque cet œdème n'est pas symptomatique d'une affection organique. Chaque année, lorsque j'arrive à Baden, j'ai les jambes très enflées, et chaque fois j'ai constaté que cet œdème goutteux disparaît au bout d'un certain nombre de bains.

Toutes les personnes que j'ai interrogées ont été unanimes pour me dire que ces eaux sont vivifiantes. J'attribue cette action à la chaleur et à l'électricité. Le 15 et le 17 octobre 1874, MM. Thury, professeur à Genève, et Minnich, docteur-médecin de Baden, ont fait des expériences sur l'électricité des eaux thermales. L'instrument dont ils ont fait usage est un galvanomètre de 350 tours, isolé selon le système de M. Colladon. L'aiguille faisait une oscillation simple en 14 secondes. — On avait pris pour électrodes deux fils de platine de 26 centimètres de longueur, terminés par deux plaques de même métal, ayant 12 centimètres carrés de superficie et soudés aux fils à la soudure d'or.

traction tétanique se prolonge davantage et dure de 10 à 15 minutes. Puis la circulation se rétablit et, au bout d'une demi-heure, l'organe est revenu à son état normal.

Si, après cette expérience, on essaye l'emploi d'autres excitants, tels que la chaleur, l'électricité, on voit que de violentes contractions se produisent dans l'utérus, preuve que l'emploi du froid ne lui a pas fait perdre son excitabilité.

Sur l'utérus d'une seconde lapine placée dans les mêmes conditions que la précédente, on verse de l'eau à 50°. Il se produit alors des contractions péristaltiques de l'utérus, mais non une contraction tétanique prolongée. Après quoi l'utérus revient petit à petit à son état normal, mais en prenant une coloration bleuâtre. L'application à ce moment d'un nouvel excitant, tel que le froid, l'électricité, et même le plus énergique, la strychnine, ne produit aucun effet. Ce stade de paralysie dure de 20 à 30 minutes, après lesquelles l'utérus est rendu à son état normal.

En mettant au contact de l'utérus de l'eau à des températures variables, et en augmentant petit à petit le degré de cette température, on voit que c'est à 40° que commence à se produire le stade de paralysie. Au-dessous de 40°, on a la contraction tétanique de l'utérus suivie bientôt du retour à l'état normal; au-dessus de 40°, on observe les contractions péristaltiques de cet organe suivies du stade paralytique, qui est d'autant plus prolongé que l'eau est plus chaude.

Ces résultats fournis par l'expérimentation indiquent donc une action différente de l'eau froide et de l'eau chaude. Il restait à consulter les faits cliniques et à voir si l'utérus de la femme, de même que celui de la lapine, se comportait autrement en présence de l'eau à ces deux températures différentes; car il ne faut pas se hâter de conclure de l'animal à l'homme.

Or, dans une série de cas où les deux traitements par l'eau chaude et l'eau froide furent faits, il fut impossible à l'auteur de déceler la moindre différence dans l'influence thérapeutique. La marche locale était la même dans les deux cas. D'où la conclusion de Runge, qu'au point de vue de l'action de ces deux sortes d'injections, il n'existe pas de différence chez la femme.

Mais si l'action thérapeutique est la même, n'y a-t-il aucune autre raison de donner plutôt la préférence à l'une qu'à l'autre? La pratique répond à cette question, et l'usage bien plus répandu de l'eau chaude que de l'eau froide indique qu'elle doit être préférée. Les causes de cette préférence sont les suivantes :

La première, c'est qu'il est ordinairement plus facile de se procurer de l'eau chaude que de l'eau suffisamment froide.

La seconde est que, suivant l'observation faite par beaucoup de médecins dans les cas d'hémorrhagie grave, l'eau chaude expose moins au collapsus que l'eau froide.

Enfin, la dernière est la préférence accordée par les femmes elles-mêmes à l'eau portée à une température élevée, cette dernière ne provoquant pas les douleurs locales et les coliques utérines qu'amène souvent le contact de l'eau froide. A...

A l'instant où le conducteur métallique fut placé dans la source, on vit l'aiguille du galvanomètre lancée avec force, décrire plus d'un tour, et bientôt osciller autour du 74°. L'eau thermale s'échappe donc du sol assez fortement électrisée négativement.

Depuis quinze ans que je viens à Baden, j'ai fait des expériences sur l'absorption des principes chimiques contenus dans les bains. Ayant consulté mon illustre maître, M. Trousseau, sur le meilleur traitement à employer contre mon rhumatisme noueux, il me conseilla l'emploi du sublimé corrosif en bains, m'assurant que ce traitement me guérirait. Arrivé à Baden, je fis mettre dans mon bain, en commençant, 50 grammes de sublimé corrosif, et j'augmentai successivement jusqu'à la dose de 500 grammes. Je pris ce bain ainsi préparé pendant plusieurs semaines sans aucun résultat. M. Wurtz, pharmacien des bains, excellent chimiste, faisait chaque jour l'analyse des urines, de la salive et des sueurs, et il n'a jamais constaté aucune trace de sublimé dans les sécrétions. L'année suivante, d'après les conseils de M. Charcot, je pris des bains en y ajoutant l'arsénite de soude, en commençant par 100 grammes et augmentant successivement jusqu'à 1 kilogramme. Ce traitement fut continué pendant plusieurs semaines sans aucun résultat, et sans que M. Wurtz trouvât la moindre trace de médicament dans les urines, la salive et les sueurs. Voulant pousser l'expérience à ses extrêmes limites, je fis ajouter dans le bain, successivement, 2, 3, 4 et 5 kilogrammes d'arsénite de soude sans le moindre résultat et le moindre accident. Notez que mes bains étaient de trois heures de durée et à 27° Réaumur.

La troisième année, je pris des bains suivant la méthode allemande, avec l'extrait du pin sylvestre de Salzbourg, sans aucun résultat. La quatrième année, je mélangeai à mon bain l'eau des salines de Rheinfelden iodurée et bromurée, toujours sans résultat.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

Les nouvelles d'Egypte sont toujours aussi mauvaises. Le 1er juillet, d'après les renseignements publiés par le Comité officiel du Caire, on comptait 157 décès à Damiette, 8 à Mansourah et 5 à Sammamoud. D'après la commission internationale d'Alexandrie, on aurait constaté 140 décès seulement à Damiette et 14 à Mansourah. Ces différences sont peut-être le résultat du système d'évaluation qui consiste, pour le Comité officiel, à compter les décès survenus depuis la veille à huit heures du matin, jusqu'au lendemain à la même heure.

A Port-Saïd, le 1er juillet, on comptait 7 nouveaux cas dont 5 morts. D'autres décès ont été observés à El-Arich, Pentah et Kentarah. De plus, le choléra s'est déclaré à Alexandrie, où un décès a été observé, et, d'après quelques dépêches, au Caire, où le 2 juillet il y aurait eu 2 décès. Le même jour, ces derniers s'élevaient à 130 à Damiette, 12 à Mansourah et 4 à Sammamoud. La commission officielle du Caire ne signale que 105 décès à Damiette, mais compte 16 décès à Mansourah, 3 à Sammamoud, 1 à Chirbine et un autre à Alexandrie.

Le conseil de santé égyptien propose de disséminer sous la tente ou dans des baraques la population de Damiette, de désinfecter et même au besoin de détruire par le feu le quartier contaminé. Depuis deux jours, la consigne des troupes employées à former le cordon d'isolement est plus sévère et ordonne de tirer sur tous ceux qui tenteront de le franchir. Un délégué sanitaire français n'a pu le franchir, bien qu'il fût envoyé pour inspecter Damiette et ses environs. Enfin, en présence de l'extension de la maladie, on a dû reculer ce cordon de vingt kilomètres.

En Italie, la durée de la quarantaine est de trois jours seulement. Aussi, pour parer aux dangers que présente cette insuffisance des mesures sanitaires, le Conseil de santé de Marseille impose une quarantaine sur rade complète aux navires venant d'Italie.

Au Havre, on avait signalé le 1er juillet un cas de choléra. Cette maladie n'était pas le choléra asiatique et les accidents qui l'avaient fait croire avaient été produits par l'ingestion de fruits. A Saint-Pierre-les-Calais, la quarantaine sur rade est imposée aux navires anglais venant des Indes ou d'Orient et munis même de patentes nettes. De plus, s'il se présentait quelque cas suspect, les navires doivent être envoyés au lazaret de Cherbourg.

C'est un de nos compatriotes, le docteur Ardouin, qui a le premier déclaré la nature de la maladie de Damiette. Les autorités anglaises, qui connaissaient les faits, avaient pris soin de les nier d'abord et d'en dissimuler ensuite toute la gravité.

Cette singulière vigilance des nouveaux maîtres de l'Egypte ne doit pas étonner. L'autre jour ils mettaient en cause pour se justifier les pastèques et les poissons séchés; aujourd'hui, le *Times* accuse l'insalubrité de Damiette et la pollution des eaux potables du canal dans lequel s'accumulent des carcasses d'animaux. En retour, le journal de la

---

De ces expériences, il résulte : 1° que l'absorption des médicaments dans le bain est absolument nulle; 2° que toutes ces médications si vantées contre le rhumatisme noueux sont entièrement illusoires.

Beaucoup de personnes éprouvent en faisant leur cure des congestions légères à la tête, des céphalalgies; d'autres se plaignent de fourmillements et de démangeaisons. C'est pour obvier à ces inconvénients que les baigneurs, surtout les gens du pays, ont recours aux ventouseurs.

Ces ventouseurs forment une corporation très originale. L'instrument dont ils se servent est assez singulier. C'est une ventouse en verre ayant la forme d'une corne, dont l'extrémité supérieure recourbée se ferme par une petite plaque de peau. Le ventouseur fait le vide avec la bouche et d'un rapide mouvement de langue, il ferme l'ouverture du tube avec l'opercule de peau. Ces pauvres gens, à force d'aspirer ainsi, deviennent maigres et blêmes. Les habitants du pays font un grand usage de la ventouse et croiraient leur cure mal faite, s'ils ne se faisaient ainsi tirer quelques pintes de sang.

Le doyen des médecins des bains est M. le docteur Minnich, dont le nom est inséparable des bains de Baden. Il a aujourd'hui 80 ans, et, depuis soixante ans, ce confrère vénérable soigne les malades qui affluent à Baden. Il a écrit un livre intitulé : *Baden-Baden en Suisse et ses sources minérales chaudes*. Ce livre a été traduit en plusieurs langues, et c'est lui qui a le plus fait connaître les bains de Baden à l'étranger.

La principale distraction de Baden est la promenade. De Baden partent des chemins de fer dans toutes les directions. On peut donc se transporter dans une journée et revenir, soit à Zurich, soit à la chute du Rhin, soit à Notre-Dame-des-Ermites ou encore à Lucerne, Aarau, etc.

Cité évite de parler de la fâcheuse habitude des autorités anglaises des Indes de délivrer des patentes nettes aux navires quittant des ports contaminés, comme Bombay; et pour mettre l'Inde hors de cause, il veut donner à l'épidémie une origine locale. Il n'en est pas ainsi, et, de plus, l'épidémie fût-elle encore locale, que la prévoyance sanitaire des maîtres de l'Egypte serait encore en défaut, puisque l'insalubrité de Damiette tient à un défaut de police et de surveillance sanitaires de la part des administrateurs de cette ville. — C. E.

CORRESPONDANCE

Château d'Oléron, 18 juin 1883.

Monsieur et très honoré confrère,

Permettez-moi de vous raconter un petit fait de ma pratique qui pourrait faire pendant au récit que donnait l'*Union Médicale* il y a quelques mois, d'un empoisonnement par un lavement de solution phéniquée mère, administré par erreur à un typhique du service de M. Bouchard.

Le fait que je vous propose pourrait être intitulé : *Dix grammes de salicylate de soude pris d'un seul coup*. Je ne crois pas qu'un médecin ait jamais administré ce sel à pareille dose en une fois.

Voici ce dont j'ai été témoin :

Un jeune homme de 28 ans était atteint, depuis un mois, d'une fièvre manifestement infectieuse, constituée depuis plus d'un an dans la contrée en épidémie discrète, disséminée, et sur la nature de laquelle je ne suis point encore parfaitement fixé, quelque chose comme une typho-malariale.

Pendant les dix ou douze premiers jours de sa maladie, ce jeune homme se levait encore; mais, depuis plus de quinze jours, il n'avait pas quitté le lit. Très légèrement subictérique, affaibli, constipé, ses gencives étaient continuellement recouvertes d'un enduit diphthéroïde; température moyenne, 38°; urines très chargées d'urée, d'urates et de phosphates; langue saburrale; ni soif, ni faim, ni sommeil.

Un jour, je veux essayer le salicylate de soude et je lui en prescris, dans une potion, 10 grammes à prendre en quarante-huit heures. Par mégarde, cette potion est prise le lendemain matin à six heures, en deux fois et à un quart d'heure d'intervalle; on peut dire que le tout a été pris en même temps.

Voici maintenant ce qui a suivi :

Au bout de deux heures et demie, le malade n'avait encore rien éprouvé, mais, à ce moment, la scène change tout à coup : une faiblesse subite s'empare de lui, qui ne va

---

Les bains de Baden étaient connus à une époque déjà reculée. Les Romains y ont construit des thermes magnifiques dont ont retrouve encore les ruines. Au moyen âge, Baden était le rendez-vous des moines de toute la contrée, qui venaient s'y baigner et à faire bombance. On voit au Veranahof un tableau de cette époque représentant la piscine en plein air où les gens du peuple venaient se baigner *coram populo*.

Un dernier trait pour finir. Il y au Grand-Hôtel un original américain qui y fait deux fois le tour du monde en cherchant le lieu qui lui plairait le plus pour y habiter. Après avoir tant voyagé, il finit par arriver à Baden, où la douceur du climat, la propreté hollandaise des habitations et l'aménité des habitants le séduisirent tellement qu'il y est resté, et que, depuis dix ans, il préside la table du Grand-Hôtel. C'est vous dire, mes chers confrères, que vous pouvez sans crainte recommander mon cher petit Baden à vos clients qui souffrent de rhumatismes.

D[r] Muston.

Concours. — Le concours de l'agrégation de chirurgie et d'accouchements s'est terminé vendredi 30 juin 1883, à sept heures du soir. En voici les résultats. Sont nommés:

Faculté de médecine de Paris. Chirurgie : 1° M. Kirmisson; 2° M. P. Segond; 3° M. Campenon. — Accouchements : M. Ribemont.

Faculté de médecine de Bordeaux. Chirurgie : 1° M. Piéchaud; 2° M. Lagrange.

Faculté de médecine de Lille. Chirurgie : 1° M. Dubar; 2° M. Baudry.

Faculté de médecine de Lyon. Chirurgie : 1° M. Chandelux; 2° M. Polasson; 3° M. Sabatier. — Accouchements : M. Poullet.

Faculté de médecine de Nancy. Chirurgie : 1° M. Rohmer; 2° M. Baraban.

pas cependant jusqu'à la perte de connaissance complète; amblyopie, bourdonnements d'oreilles; cyanose de tout le corps, refroidissement des extrémités. Enfin une sueur profuse se déclare, le malade inonde ses matelas et fume comme dans un bain de vapeur. Tout cela dure trois heures environ, et m'est raconté par la famille et par le malade lui-même.

A quatre heures et demie du soir, j'arrive auprès du jeune homme : il est très pâle, encore tout humide d'une sueur presque froide et très aqueuse. Le thermomètre marque 36°2; le pouls est à 72, petit et mou. Les oreilles bruissent encore. La langue est blanche, pâteuse, sans soif, les pupilles très mobiles, un peu dilatées.

Il n'y a pas eu de selles depuis quatre jours. Les deux verres d'eau de Pullna que j'avais prescrits la veille ont été remplacés justement par la potion salicylée, prise en deux fois coup sur coup.

Le malade n'a pas uriné depuis hier soir. Il rend en ma présence un demi-litre d'urine très acide, jumenteuse, sans albumine et contenant 26.4 d'urée par litre; le lendemain, un litre en contient 30 grammes.

Je prescrivis du café, du vin, une potion de Todd avec l'acétate d'ammoniaque, un lavement drastique. Mais le danger était passé, et, chose curieuse, probablement sous le coup de cette médication massive s'il en fut, le malade était mieux dès le lendemain, la langue belle, la fièvre tombée pour ne plus revenir. Il entra de plain-pied en convalescence.

N. B. — Un mois après, étant encore en convalescence, il contracta une pleurésie gauche abondante, qui se guérit spontanément en quelques semaines. Un an avant, *dans la même maison*, son père avait succombé en cinq jours à une pleurésie gauche abondante, sûrement infectieuse et probablement purulente d'emblée.

Veuillez agréer, etc. D[r] E. PINEAU.

THÉRAPEUTIQUE

DU PERCHLORURE DE FER DANS LA DIPHTHÉRIE,

Par le docteur E. DINAUD.

Si l'histoire de la diphthérie est aujourd'hui parfaitement connue, grâce aux éminents travaux qui se sont succédé depuis Bretonneau jusqu'à nos jours, il reste cependant encore bien des points à éclaircir sur la question si grave du traitement.

Pour bien en saisir toutes les indications, il suffit de se reporter aux travaux du docteur Bouchut, qui les a tracées de main de maître.

Trois indications résument la thérapeutique de la diphthérie :

1° Détruire la diphthérie sur place avant l'absorption et la généralisation du mal, telle est la base du traitement au début;

2° Empêcher la formation des fausses membranes en modifiant la composition du sang;

3° Applications locales;

Nous voulons nous borner, dans cette note, à faire ressortir l'utilité de l'emploi du perchlorure de fer dans les deux premières indications.

C'est bien pour remplir la première indication que l'on a cherché à détruire le mal sur place. On a donc cautérisé les plaies diphthéritiques avec les acides chlorhydrique ou azotique, avec le perchlorure de fer, avec le nitrate d'argent, avec le fer rouge.

C'est Aubrun qui, le premier, a eu la pensée d'employer le perchlorure de fer. Mais il ne se bornait pas à faire appel à l'action caustique de ce médicament, il alla plus loin. Pensant pouvoir ainsi empêcher la formation des fausses membranes en modifiant la composition du sang, il donnait à l'intérieur le perchlorure de fer, à la dose de 2 à 15 gr. par jour.

Cette médication lui avait donné de bon résultats; mais on ne semblait pas entièrement fixé sur l'efficacité réelle de ce remède, quand M. Jules Simon reprit en main la manière de faire d'Aubrun, et nous allons voir ce qu'en pense cet éminent clinicien.

Dans une leçon sur l'emploi du fer chez les enfants, M. Jules Simon s'exprime ainsi :

« L'emploi du perchlorure de fer à l'intérieur dans la diphthérie a été préconisé d'abord par Aubrun. Je m'y suis rallié, et, par contre, j'ai renoncé à l'emploi du chlorate de potasse que je prescrivais autrefois, en outre des toniques et des stimulants de toute espèce. Je donne donc aujourd'hui systématiquement à mes petits malades atteints de la diphthérie, une à deux gouttes de perchlorure de fer dans un peu d'eau, toutes les deux heures, au moment de l'ingestion d'une tasse de bouillon, pas de lait bien entendu, qui se tranformerait en caillots indigestes.

« Une expérience faite par M. Regnard, aujourd'hui professeur de physiologie à l'Institut national agronomique, alors qu'il était mon interne, permet de se rendre compte de l'action favorable du perchlorure de fer dans la diphthérie.

« M. Regnard mettait dans un ballon de verre du sang de diphthéritique ; dans un autre, du sang d'enfant ayant succombé à une maladie chronique quelconque, et il agitait les deux ballons en y faisant arriver un courant d'oxygène. Le sang du second ballon reprenait bientôt, au contact de l'oxygène, une couleur rutilante; le sang diphthéritique restait noir et poisseux, il était devenu impropre à toute oxygénation.

« Puisque le poison diphthéritique empêche le sang de s'oxygéner, le fer peut lui rendre sa propriété absorbante pour l'oxygène en régénérant son hémoglobine. Peut-être aussi l'acide chlorhydrique du perchlorure de fer agit-il en activant la digestion et la nutrition, comme le veut Luton lorsqu'il prétend avec exagération que toute l'utilité du sel ferreux provient de la mise en liberté de l'acide? D'ailleurs, les propriétés hémostatiques du perchlorure de fer sont à rechercher dans l'empoisonnement diphthéritique. Il convient donc à ce double titre.

« En tout cas, je le répète, quelle que soit l'explication véritable du fait, je crois rendre service à mes diphthéritiques par l'emploi du perchlorure de fer, et en l'associant aux toniques et aux stimulants, combattre, dans la mesure du possible, l'intoxication diphthéritique. »

On voit, par cette citation, comment M. Jules Simon accepte et complète la manière de faire d'Aubrun.

Si nous en venons à l'application, il est certain qu'il faut employer chez l'enfant, qui ne peut avaler, le perchlorure à l'état liquide; mais il ne faut pas oublier que, chez l'adolescent et chez l'adulte, on rencontre un grand nombre de sujets qui ne peuvent avaler le perchlorure de fer à l'état liquide. C'est alors qu'il faut avoir recours au perchlorure sec. Les dragées de Carbonel sont alors tout indiquées. Ces dragées sont inaltérables; elles sont dosées à 0 gram. 05 de sel sec, ce qui représente *quatre gouttes* de la liqueur normale à 30°.

Nous venons de voir qu'Aubrun portait la dose du perchlorure liquide, pris à l'intérieur, à la dose de 2 à 15 grammes par jour. Cette dose nous semble exagérée; on obtient d'excellents résultats de 2 à 6 grammes par jour.

Il faut commencer par une dragée toutes les deux heures; puis on porte la dose à une par heure, pour arriver à trente dans les vingt-quatre heures, cette dose représentant exactement 6 grammes de perchlorure de fer liquide à 30°.

Nous n'avons jamais eu à dépasser la dose de 6 grammes par jour. L'amélioration a toujours été très sensible dès la dose de 3 grammes, et c'est tout à fait exceptionnellement que nous avons eu à porter la dose jusqu'à 6 grammes.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 juillet 1883 — Présidence de M. Hardy.

La correspondance non officielle comprend :

1° Un travail manuscrit de M. le docteur Alison, intitulé : *Considérations sur l'étiologie et le traitement de la pneumonie lobaire aiguë.*

2° Deux travaux du même auteur présentés par M. Vulpian à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.

—

M. le Secrétaire perpétuel met sous les yeux de l'Académie un thermomètre imaginé par M. le docteur Burq pour l'étude des températures locales.

M. Dechambre présente, au nom de M. le docteur Carlet, doyen de la Faculté des sciences de Grenoble, une série de brochures à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.

M. Bergeron présente, au nom de M. le docteur Fredet (de Clermont-Ferrand), une conférence faite au dispensaire municipal de cette ville.

M. Larrey dépose une série de brochures relatives à M. Jules Cloquet.

M. le Président a le regret d'annoncer la mort de M. Filhol, membre correspondant à Toulouse.

—

M. Proust fait une communication relative à une affection qu'il a eu l'occasion d'ob-

server dans les montagnes de la Kabylie dans une sorte de quadrilatère situé au pied du Jurjura, et qui a sévi dans ce pays en 1882 et 1883. Cette maladie, qu'il lui a été donné d'étudier sur une quarantaine d'Arabes, a débuté chez tous, brusquement, au commencement du printemps, par des douleurs extrêmement vives dans la région des reins, douleurs qui ont ensuite gagné les membres inférieurs, en même temps que se manifestaient des phénomènes de paraplégie complète, ainsi que des troubles du côté de la vessie et des organes génitaux.

Ces symptômes étaient caractérisés par des fourmillements, des tremblements, des mouvements convulsifs comparés par les malades à des serpents qui leur couraient sous la peau; par de l'incontinence d'urine produite par les convulsions des muscles abdominaux et par une impuissance temporaire ou permanente des organes génitaux.

Tous les malades avaient besoin de s'appuyer sur un bâton pour marcher; ils marchaient absolument sur la pointe des pied, de manière à user les ongles et à déterminer des ulcérations de l'extrémité des orteils ; il avaient le talon en l'air et ne reposant jamais sur le sol.

Il existait une exagération considérable des réflexes.

L'étiologie de cette singulière affection paraît devoir être rapportée à l'usage de la graine d'une plante cultivée en grand en Kabylie et employée comme aliment, surtout aux époques de disette, soit seule, soit mélangée à la viande, au blé et à d'autres céréales. Cette plante est connue sous le nom de *Djilben* et appartient à la famille des légumineuses, espèce *Lathyrus cicero* ou *cicera.*

Le travail de M. Proust se termine par les conclusions suivantes :

1° L'affection observée dans les montagnes de la Kabylie, en 1882 et 1883, est due à l'absorption de diverses légumineuses, et plus particulièrement du Lathyrus cicera.

2° Le froid paraît avoir agi, dans certains cas, comme cause secondaire.

3° La détermination anatomique a lieu du côté de la moelle épinière; il s'agit, au début, de symptômes de paralysie brusque qui accusent soit une myélite transverse, soit une hémorrhagie de la moelle, affection à laquelle succède le syndrome du tabes dorsal spasmodique, syndrome indiquant une dégénérescence secondaire des cordons latéraux.

4° Cette affection peut être désignée sous le nom de *Lathyrisme médullaire spasmodique,* dénomination qui indique à la fois le rôle étiologique, la légumineuse incriminée, la détermination anatomique de l'affection et l'expression symptomatique la plus saisissante.

5° Le lathyrisme est curable, et il est évidemment amélioré par des applications révulsives le long de la colonne vertébrale et l'administration du bromure de potassium à l'intérieur.

6° Il incombe à l'hygiène publique et sociale de faire disparaître cette maladie d'alimentation.

M. Bouley demande la parole pour la prochaine séance, afin de communiquer des faits analogues qui ont été observés sur les animaux.

M. Le Roy de Méricourt trouve une grande analogie entre les symptômes de la maladie observés par M. Proust et le *béribéri* que l'on observe dans l'Inde et au Brésil, surtout à la suite de disettes; on a également donné le refroidissement comme cause secondaire du *béribéri.* Cette maladie est caractérisée, comme on sait, par des accidents de paralysie, des suffocations, des œdèmes. Il existe deux formes principales de la maladie : la forme paralytique et la forme œdémateuse. Ces formes peuvent s'établir d'emblée ou se succéder de l'une à l'autre.

M. Rochard pense que les accidents observés par M. Proust se rapportent à la *myélite transversale spasmodique.*

M. Proust dit que, chez certains malades, on a observé, outre les phénomènes de paralysie, des accidents du côté des membres supérieurs, qui étaient agités de tremblements, ainsi que des phénomènes vertigineux et des manifestations morbides sur le nerf laryngé inférieur.

M. Lunier ne voit pas de contradiction entre les observations faites par M. Proust et les remarques présentées par M. Le Roy de Méricourt sur le *béribéri.*

M. Bouley pense qu'au lieu de s'en tenir à constater les analogies qui peuvent exister entre le béribéri et la maladie observée par M. Proust, il faudrait s'occuper de rechercher quelles sont les plantes dont l'usage alimentaire, dans des pays différents, produit des accidents analogues d'intoxication. Il s'étonne que le Djilben, malgré son action toxique reconnue, continue à être cultivé en grand en Kabylie.

M. Hippolyte Blot, au nom de la commission de vaccine, présente le rapport sur l'exercice 1882.

A la suite de ce rapport, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture des conclusions relatives aux récompenses à décerner pour les travaux adressés à l'Académie sur ce sujet, ainsi qu'aux médecins et aux sages-femmes qui se sont le plus distingués par leur zèle pour les vaccinations et les revaccinations.

FORMULAIRE

Moyens de faire reparaitre la sécrétion lactée. — E. Labbée.

Quand la sécrétion lactée tarde à s'établir chez la femme qui vient d'accoucher, ou quand cette sécrétion s'est tarie par suite d'une impression morale, d'un sevrage forcé ou prématuré, on peut essayer de divers moyens pour la rappeler. Des cataplasmes de feuilles de ricin appliquées sur la mamelle jusqu'à ce qu'elles aient perdu leur humidité, des fomentations pratiquées à plusieurs reprises avec la décoction de ces mêmes feuilles, ont réussi dans certains cas. La succion du mamelon constitue le moyen galactagogue par excellence. Enfin, l'électrisation est un adjuvant qui mérite d'être pris en sérieuse considération. On comprime doucement la glande mammaire entre deux excitateurs à éponges mouillées, et on la fait traverser par un faible courant de 10 à 15 minutes de durée. Les séances d'électrisation peuvent être renouvelées deux fois par jour. Dès les premières, les seins gonflent, des veines bleuâtres apparaissent à leur surface, et des gouttes de lait s'échappent du mamelon. — N. G.

COURRIER

Concours de l'agrégation. — Les candidats de la section d'histoire naturelle ont subi, dans l'ordre suivant, l'épreuve orale d'une heure après vingt-quatre heures de préparation; les questions données ont été :

1° M. Blanchard : Les bothriocéphales de l'homme;
2° M. Lemaire : Les ascarides et les oxyures de l'homme;
3° M. Granel : Les arachnides nuisibles à l'homme (les acariens exceptés);
4° M. Henneguy : Les ténias inermes de l'homme;
5° M. Mangenot : Les filaires de l'homme;
6° M. Beauvisage : L'ankylostome duodénal;
7° M. Macé : Les strongles du rein de l'homme.

Association française pour l'avancement des sciences. — *Congrès de Rouen, 16-23 août 1883*. — Sur la demande qui en a été faite, et en présence de travaux spéciaux déjà annoncés, le Conseil d'administration de l'Association française a décidé qu'une *sous-section d'hygiène et médecine publique* serait installée au Congrès de Rouen ; cette sous-section pourra ultérieurement être transformée en *section*.

Les personnes qui désireraient présenter des mémoires relatifs à l'hygiène sont priées d'en adresser les titres à M. C.-M. Gariel, au secrétariat de l'Association française, 4, rue Antoine-Dubois, où sont centralisées les demandes de communications.

— Le bel établissement thermal de Balaruc, si particulièrement renommé de tout temps pour le traitement de la paralysie, sous ses formes diverses, a reçu, par les soins d'une administration, un développement important. Il offre des ressources plus nombreuses pour les bains, les douches, le logement des baigneurs et les agréments du séjour. La saison se prolonge jusqu'à la fin du mois d'octobre.

De Cette à Balaruc, traversée d'un quart d'heure, en bateau à vapeur, sur le magnifique étang de Thau. Voitures de louage de Cette ou de Montpellier.

Société de médecine de Paris. — Séance du 7 juillet (au lieu du 14). — M. Collineau : Rapport sur la candidature de M. Forget au titre de membre honoraire. — M. Thevenot : Rapport sur la candidature de M. Apostoli au titre de membre titulaire. — M. Charpentier : Présentation d'une malade atteinte d'ectopie cardiaque. — M. Thorens : Note sur la pathologie du pied-bot congénital.

Le gérant : G. Richelot.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

REVUE CRITIQUE DE MÉDECINE

Les Albuminuries,

Par Paul LE GENDRE, interne des hôpitaux.

L'importante communication que vient de faire à notre Académie de médecine le professeur Semmola (de Naples), imprime un cachet tout spécial d'actualité à l'étude des urines albumineuses : l'occasion est propice pour examiner où en est la question de l'albuminurie.

Voilà bien longtemps que la discussion s'est engagée sur les causes et la signification clinique de ce symptôme; il ne semble pas cependant que les problèmes qu'il soulève soient encore résolus. En présence de plusieurs théories opposées, dont aucune n'a pu jusqu'ici triompher complètement, la critique a dû prendre une attitude éclectique; celle-ci se reflétait dans les conclusions par lesquelles M. Dreyfus-Brisac terminait l'an dernier un limpide exposé de l'état de la question (1).

Le mot albuminurie, création assez médiocre de Martin Solon, est resté vivace, malgré la tentative de Gubler pour lui substituer celui de leucomurie ou diabète leucomurique, et demeure universellement employé pour désigner la sécrétion par les reins d'une urine albumineuse; toutefois, cette sécrétion urinaire anormale se produit dans tant de circonstances, pathologiques et peut-être même physiologiques, si dissemblables qu'il a paru légitime de consacrer ces dissemblances, en substituant le pluriel au singulier dans le titre de cette Revue.

Gubler disait déjà (2) : « Il n'est guère de maladies tant soit peu intenses et fébriles, dans lesquelles l'albuminurie ne puisse se montrer temporairement, et beaucoup d'affections chroniques en sont accompagnées. » Déjà

(1) *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (21 juillet 1882).
(2) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (1865).

FEUILLETON

CAUSERIES

Si mes lecteurs voulaient bien se reporter au feuilleton du 7 octobre 1882 (à quoi ils ne songent guère, sans doute), ils pourraient voir que, dans le susdit feuilleton, je m'inquiétais de l'apparition possible du choléra en Europe, pendant la présente année. Les événements d'Egypte, et le mépris plus ou moins avéré des quarantaines, pour la plus grande facilité des communications avec l'Inde, justifiaient bien les craintes que j'exprimais alors.

Elles se confirment aujourd'hui par le développement d'une épidémie cholérique très sérieuse en Egypte, et jusque dans les ports en relations étroites avec notre littoral. Les autorités de Marseille se sont émues, et toutes les mesures sont prises pour préserver la France de l'invasion du fléau. Voilà notre part de bénéfices dans la conquête de l'Egypte.

Ce n'est pas en dissimulant la véritable importance de l'épidémie, comme on le fait peut-être dans le pays où elle sévit actuellement, que l'on prépare les populations à s'en garantir. Toute vérité n'est pas bonne à dire; mais, dans l'espèce, elle doit être dite; il serait dangereux et coupable de l'étouffer.

La vérité, c'est que le choléra est à nos portes, et que d'un bond il peut être chez nous, à Marseille d'abord, puis à Paris, et ensuite un peu partout. Je ne lui demande

à ses yeux une distinction s'imposait : « Parmi les albuminuries, il en est de *transitoires* accompagnant les affections les plus diverses, aiguës ou même chroniques, et ne durant qu'autant que durent les désordres occasionnés par la cause pathogénique commune. D'autres, en vertu d'une disposition particulière de l'économie, ou se développent d'une manière en apparence spontanée, ou bien survivent à la cause efficiente et continuent à subsister en dehors de toute entité nosologique. Elles sont pour ainsi dire *continentes* et, constituant le symptôme capital, imposent leur nom à l'état morbide complexe. Les premiers cas méritent de conserver la dénomination d'albuminurie symptomatique. Les seconds ont été décrits jusqu'à présent sous le nom de maladie de Bright. »

Cette distinction posée par Gubler est plus que jamais de mise aujourd'hui, puisqu'il ressort des plus récents travaux que ces divers états albuminuriques reconnaissent des modes pathogéniques différents.

I

Les raisons invoquées pour expliquer le passage de l'albumine dans les urines sont réductibles à trois théories pathogéniques. « Toutes trois trouvent encore des défenseurs et renferment sans doute une part de vérité. » (Dreyfus-Brisac). — L'Albuminurie est toujours le symptôme d'une lésion des éléments histologiques du rein : théorie *anatomique*. — Elle provient d'un trouble de la circulation rénale : théorie *mécanique*. — Elle est la conséquence directe d'une altération du sang : théorie *dyscrasique*.

M. Lécorché, qui a pleinement adopté la première (1), voit la cause de l'albuminurie dans une lésion plus ou moins profonde de l'éphithélium des canalicules. De fortes raisons s'opposent à ce qu'on puisse s'y rallier sans réserve : elle ne saurait en effet rendre compte des faits d'albuminurie transitoire et cependant morbide, qui ne s'accordent guère avec l'idée d'une lésion matérielle persistante (Charcot). Elle est encore moins applicable aux faits d'albuminurie latente et même physiologique, dont nous aurons à parler plus loin. La lésion anatomique des canaux droits et contournés ne peut d'ailleurs, même quand elle est constatée, rendre compte de l'albuminurie; car l'expérimentation physiologique (albuminurie par ligature temporaire de l'artère rénale), l'examen de certaines néphrites au début

(1) *Traité des maladies des reins.*

---

qu'une chose, c'est de me donner le démenti le plus éclatant, et de me réduire au rôle toujours ingrat d'oiseau de mauvaise augure, auquel je me résigne par avance.

En tout état de cause, l'existence du choléra sur un point quelconque du bassin de la Méditerranée est une grave menace pour l'Europe, et pour la France en première ligne; en ce moment, certaines présomptions me paraissent appuyer encore la probabilité de son apparition chez nous.

Une première raison pour le craindre, c'est qu'il y a longtemps que nous ne l'avons eu. Sa dernière visite, qui ne fut point terrible, remonte à dix ans, et dix années de préservation, c'est énorme, c'est à peu près le maximum d'immunité qu'on ait atteint, depuis que le choléra est devenu voyageur.

Non pas qu'il doive nous revenir en vertu d'une sorte de fatalité, d'attraction mystérieuse résultant uniquement de sa longue absence. Mais pendant cette absence, les milieux épidémiques ont eu le temps de se reformer, de recouvrer les aptitudes capables de favoriser l'extension du choléra.

Je devrais presque m'excuser de recourir à des arguments aussi surannés que ceux tirés de la considération des milieux épidémiques. Cela est vieux, démodé, et le moindre parasite ferait bien mieux notre affaire. Je parle la langue que je sais, que je comprends, et je persiste à croire que la mésologie se confond intimement avec l'étude des maladies épidémiques, que les épidémies sont ce que les font les milieux.

Que le choléra rencontre chez nous un milieu bien disposé pour le recevoir, il y a quelques motifs de le soupçonner. Ceux-ci résident dans les éléments de la constitution médicale (encore une vieillerie) telle que l'ont révélée les dernières épidémies de fièvre typhoïde. Déjà, dans ces épidémies, certains cas rapidement mortels appelaient, par

(Ribbert, Cornil) ont démontré que les matières albuminoïdes filtrent exclusivement à travers le glomérule, dans la capsule duquel on voit toujours se déposer en premier lieu l'exsudat albumineux. C'est donc l'existence d'un *glomérulo-néphrite* qui permet de comprendre que l'albumine du sang puisse passer dans l'urine, lorsqu'une substance, comme la cantharide, ou des agents parasitaires comme les microbes des maladies infectieuses, ont, en s'éliminant, irrité la membrane glomérulaire et modifié à la fois sa structure et son fonctionnement. Mais ce sont à peu près les seuls cas auxquels elle s'applique.

La théorie mécanique, surtout adoptée en Allemagne, rapportait autrefois l'albuminurie à une augmentation de pression dans les vaisseaux glomérulaires. M. Charcot a démontré qu'elle avait cessé d'être en harmonie avec les travaux physiologiques récents (1). Il résulte des expériences de Goll et Stokvis que l'excès de pression dans les vaisseaux du rein ne suffit pas pour produire l'albuminurie ; de celles d'Overbeck et Runeberg, que l'abaissement de la pression est une condition plus favorable à la transsudation de l'albumine. Posner et Litten, Bamberger ont fait ressortir l'importance d'un autre facteur : le *ralentissement du cours du sang*. M. Charcot voit aussi la condition pathogénique principale dans le *séjour prolongé d'un sang peu oxygéné* dans les capillaires rénaux. Ainsi comprise, la théorie mécanique peut s'appliquer à l'albuminurie des affections cardiaques, de la cyanose cholériforme et même du processus fébrile.

La théorie discrasique consiste à invoquer avec Gubler « un excès de l'albumine du sang relativemet aux globules et relativement aux dépenses de l'économie en matières protéiques » — *superalbuminose* d'ailleurs non démontrée —; soit, avec Semmola, une modification non quantitative, mais *qualitative* des albuminoïdes du sang, qui, devenant impropres à être assimilés par l'organisme, y jouent le rôle de corps étrangers et doivent être éliminés. Nous résumerons plus loin les arguments fournis par le médecin italien pour justifier sa manière de voir, qui s'applique particulièrement à l'albuminurie brightique.

II

Les théories précédentes ont été invoquées tour à tour, suivant les cas, pour expliquer les *albuminuries transitoires*, dont les progrès de la tech-

(1) *Leçons sur les conditions pathogéniques de l'albuminurie, 1881.*

---

leurs allures, un rapprochement lointain avec le choléra. De plus, la diarrhée et le météorisme y tenaient toujours le premier rang parmi les symptômes classiques de la maladie, sans préjudice des complications. Il semble donc que la fièvre typhoïde, dans ses manifestations les plus récentes, soit en rapport avec l'existence d'une constitution abdominale, la plus favorable que puisse ıencontrer le choléra s'il pénètre chez nous.

Ainsi, *caveant consules !* En dehors de l'application rigoureuse des moyens de défense, pour laquelle on peut s'en rapporter à qui de droit, ce serait peut-être le moment de répandre à nouveau des instructions pour la prophylaxie intérieure du choléra; instructions qui comprendraient les devoirs des particuliers et les devoirs des villes, l'hygiène individuelle, l'isolement, la désinfection, etc. L'esprit public est assez ouvert aujourd'hui à ces questions pour qu'une pareille entreprise ait chance d'être bien accueillie et de porter ses fruits.

Ce serait le cas aussi où les bureaux d'hygiène, comme celui de Bruxelles, rendraient de grands services. Peut-être, sous la menace du choléra, aura-t-on l'idée d'en improviser dans les villes les plus exposées, et l'innovation une fois tentée pourrait demeurer acquise.

*
* *

Si nous manquons encore de bureaux d'hygiène, en revanche nous voici pourvus d'une Ligue contre la vivisection, ce qui nous met à la hauteur de nos voisins les Anglais et les Allemands. C'est probablement la vieille fille qui a donné un coup d'ombrelle au professeur Brown-Sequard, à qui nous sommes redevables de cette précieuse institution.

On enseignait depuis longtemps qu'un des instincts de l'homme est de se réunir à ses

nique urologique ont permis de déceler l'existence dans tant de circonstances, et auxquelles M. Capitan vient de consacrer une remarquable thèse (1).

Les albuminuries transitoires sont fréquentes dans les pyrexies.

Gubler a montré que l'albuminurie est d'une constance presque absolue dans la fièvre typhoïde. Ordinairement légère et peu abondante, elle semble être d'origine dyscrasique, tenant à l'élimination de matériaux albuminoïdes incomplètement brûlés, tenant aussi à l'existence presque constante d'une néphrite catarrhale légère. L'influence de l'hyperthermie semble s'exercer d'une part par les modifications chimiques qui portent sur tous les tissus et produisent rapidement des altérations rénales; en second lieu par les troubles profonds de la circulation rénale, vraisemblablement d'ordre réflexe, au même titre que l'action puissante produite sur le cœur et la respiration.

Dans d'autres circonstances, l'albuminurie peut être attribuée à l'existence d'une néphrite spéciale, signalée par M. le professeur Bouchard, *néphrite infectieuse* (2). En effet, les agents infectieux, s'éliminant par le rein, irritent cet organe par leur passage, l'altèrent dans sa structure, ainsi que l'attestent une dégénérescence granuleuse des cellules épithéliales, des hémorrhagies glomérulaires, etc. Cette décharge de bactéries par le filtre rénal une fois terminée, le rein revient facilement à l'état normal; l'albuminurie cesse, sauf dans certains cas exceptionnels où la néphrite infectieuse peut laisser après elle une néphrite vulgaire susceptible de passer à l'état chronique.

C'est à ce propos que M. Bouchard a fait connaître l'existence de deux variétés d'albumines, se distinguant l'une de l'autre par des caractères physiques différents grâce à l'action successive des réactifs et de la chaleur. « Tantôt l'albumine précipitée se rétracte en une masse unique ou en particules ténues, en même temps que le liquide s'éclaircit; tantôt le liquide reste uniformément opalescent, et l'apparence caillebotée ne se produit pas ou n'apparaît que tardivement. » La première est *rétractile*, la seconde ne l'est pas.

Les *albumines rétractiles seraient les albumines de toutes les néphrites* ; elles

(1) *Recherches expérimentales et cliniques sur les albuminuries transitoires, 1883.*

(2) Communication au Congrès de Londres, 1881.

---

semblables pour vivre en société. Jamais ce besoin n'a été aussi développé qu'à notre époque, ainsi que le prouvent les sociétés de tout genre qui pullulent par tous pays, et qui n'ont pas toutes pour bases la philanthropie et le désintéressement.

Quant à la Ligue contre la vivisection, elle ne peut être l'objet de la moindre suspicion; ce qu'elle se propose d'exploiter, c'est une sorte de sensibilité, légitime et naturelle en soi, mais qu'il convient d'enrayer, au nom de la science et du progrès. L'amour et la protection des bêtes avaient déjà fait naître la Société protectrice des animaux, qui répondait à une conception très digne des devoirs de l'homme envers ses auxiliaires; et la loi Grammont, issue de ce mouvement généreux, est assurée de survivre à toutes nos vicissitudes politiques, et de rencontrer partout, au hasard des chemins, des défenseurs convaincus.

La vivisection n'est comparable en rien aux brutalités inutiles et aux mauvais traitements que vise la loi Grammont. On comprend qu'au premier abord elle inspire quelque répulsion, et beaucoup parmi nous-mêmes s'éloignent plus ou moins volontairement de ce genre d'études; pour ma part, je ne crains pas d'avouer que la vivisection ne m'a jamais attiré, et qu'une certaine tendresse innée pour les animaux me rendrait plutôt sympathique à la Ligue, étant données surtout les personnalités qui figurent parmi ses fondateurs des deux sexes.

Ils comptent s'augmenter et recruter de nombreux adhérents dans le pays, puisqu'ils s'intitulent Ligue populaire contre la vivisection. Pourquoi populaire ? Pensez-vous intéresser vivement la masse des électeurs aux victimes de nos laboratoires ? Le populaire ne me semble pas destiné à apporter de fortes oboles dans la caisse de la Ligue, si toutefois elle a une caisse, car le populaire est précisément sujet, dans sa pathologie sociale,

entraînent l'idée de lésions rénales. Les albumines non rétractiles s'observent dans certains cas de maladies à hyperthermie (pneumonie, pleurésie, rhumatisme, goutte aiguë, érysipèle, fièvre typhoïde); elles se rencontrent également dans des états apyrétiques sans lésions rénales, tels que le diabète, l'obésité, la chlorose, les convalescences, elles correspondent à un vice d'élaboration de la matière azotée qui n'est plus retenue par le filtre normal; *l'albumine non rétractile est celle des dyscrasies.*

« Mais, nous dit M. Capitan, et c'est là l'avis actuel de notre maître, si, dans certains cas, cette différenciation est nette et doit être conservée (cas où l'on obtient uniquement un louche très opaque, sans grumeaux), dans le plus grand nombre des circonstances, cet aspect tient simplement à la teneur plus ou moins grande de l'urine en albumine ou à l'état de dilution de cette urine. »

En dehors des états pyrétiques et infectieux, l'albuminurie transitoire a été obtenue expérimentalement ou constatée cliniquement dans un nombre considérable de circonstances : excitations de l'encéphale, de la moëlle, des nerfs, des organes des sens, des plexus abdominaux; irritations de l'intestin, excitations de la peau, hyperthermie, asphyxie. Le système nerveux paraît jouer un rôle prépondérant dans la genèse de ces albuminuries transitoires, en modifiant par voie réflexe la circulation rénale.

Il existe même une catégorie d'albuminuries transitoires se produisant chez des gens bien portants sous des influences surtout nerveuses (travail cérébral, veilles, excitations génésiques), si bien que Senator considère l'albuminurie comme un phénomène presque physiologique.

III

Il nous reste à parler de la cause et de la nature de *l'albuminurie permanente du mal de Bright*, telle que tendent à les établir les travaux de M. Semmola (1).

Dès 1850, le professeur italien ayant remarqué que l'albuminurie s'accroît sous l'influence de l'alimentation azotée et diminue par l'usage des féculents, concluait que le point de départ de l'albuminurie est un défaut de combustion des albuminoïdes du sang. En 1861, il annonçait que le passage de l'albumine à travers le rein peut se faire sans qu'il existe aucune

(1) Communication à l'Académie de médecine du 5 juin 1883.

à des accès où il ne dédaigne pas certaines opérations très voisines de la vivisection, mais pour lesquelles il donne la préférence à ses semblables.

Le recrutement de la Ligue me paraît donc limité à un public choisi, ce qui assure d'avance le succès de ses futures réunions au cirque des Champs-Élysées, surtout si l'on y fait un peu de musique et qu'on y débite quelques monologues. Le *Hanneton* et les *Écrevisses*, par exemple, seraient tout à fait de circonstance.

C'est le principe même des anti-vivisecteurs qui est faux et contre lequel il y a lieu de protester; il n'est qu'un dérivé des erreurs dans lesquelles s'entretient le public sur tout ce qui touche à la médecine. Ce principe, le voici : A quoi bon faire souffrir les animaux par des pratiques où il entre plus de curiosité que de véritable esprit scientifique? Les vivisections sont barbares et elles sont inutiles, car elles n'ont amené aucune découverte importante pour la science et profitable au genre humain.

Et ici, l'anti-vivisecteur, renforçant sa démonstration et vous lançant son argument capital, ajoute : Avez-vous jamais trouvé, par la vivisection, le remède à aucune maladie? Est-ce en martyrisant des singes et des chiens que vous apprendrez à me soulager de mes rhumatismes? Je ne vois pas le rapport qu'il peut y avoir entre tout cela.

Ce rapport, que vous ne voyez pas, il existe pourtant, aussi bien qu'entre le paratonnerre et l'électricité, qu'on ne voit pas non plus. Si la préservation et la guérison des maladies sont le but suprême de la médecine, elle ne tend pas à ce but seulement par la récolte des simples et la trituration des onguents. L'idée que le vulgaire se fait de la médecine est bornée par le pot de tisane, la potion, le cataplasme et le lavement. Et alors à quoi bon les vivisections? Quoi de commun entre moi, patient à qui vous ne faites pas de bien, et ce singe auquel vous allez faire du mal?

altération de l'épithélium, et que c'est au contraire l'élimination prolongée de l'albumine qui produit d'abord l'hyperémie du rein, puis l'irritation de ses éléments histologiques.

Il faisait valoir à l'appui de sa théorie hématogène de l'albuminurie brightique les arguments suivants. Dès le commencement de l'affection, l'urée diminue dans l'urine sans qu'on la voie s'accumuler en aucun point de l'organisme; l'albumine des urines présente les mêmes caractères chimiques que celle du sérum sanguin; la lésion rénale est constamment bilatérale, comme cela doit être sous l'influence d'une cause générale; la maladie de Bright est un type clinique dont l'unité a été morcelée bien à tort en vue d'expliquer des lésions anatomiques essentiellement variables.

Depuis trois ans, M. Semmola, convaincu que les réactions chimiques sont trop imparfaites pour différencier les différentes albumines, s'est efforcé de chercher la cause des diverses espèces d'albuminurie dans la différente diffusibilité des albuminoïdes du sang, ceux-ci étant d'autant moins assimilables qu'ils sont plus diffusibles.

Or, d'après lui, les albuminoïdes du sang sont plus diffusibles dans l'albuminurie brightique que dans les autres, l'albuminurie de cause mécanique par exemple. Chez les brightiques qui guérissent, l'examen du sérum sanguin, avant et après la guérison, montre que la diffusibilité des albuminoïdes augmente, diminue ou cesse proportionnellement à la quantité d'albumine contenue dans l'urine. Il est donc naturel d'admettre que le premier terme de cette proportion est avec le second dans le rapport de cause à effet. La diffusibilité exagérée des albuminoïdes tient à une modification chimique moléculaire qui les rend inassimilables, et cette constitution vicieuse dérive elle-même d'une insuffisance des fonctions de la peau.

En faveur de cette dernière opinion, M. Semmola rappelle que, chez les animaux soumis au vernissage, la diffusibilité des albuminoïdes augmente en proportion de l'étendue des téguments recouverts de l'enduit isolant, et que l'on constate le passage de l'albumine dans la bile. Dans les cas d'eczéma, de séborrhée chroniques, de psoriasis suffisamment généralisés, l'albuminurie apparaît. Chez les brightiques, l'analyse de la bile faite après la mort, pendant la vie celle de la sueur et de la salive provoquées artificiellement, montre que ces liquides contiennent de l'albumine, tandis qu'ils n'en contiennent pas chez les malades devenus albuminuriques par d'autres causes, affections cardiaques, néphrites, dans lesquelles l'élimination de

---

Toute communauté entre vous et lui, cher monsieur, n'est pas si éloignée que vous semblez le croire. Mais laissons la question, encore controversée, de nos origines. Votre singe ne prouve rien. S'il ne me révèle pas sur l'heure un de ces gros secrets qui vous tiennent au cœur, comme la guérison du cancer ou de la rage, il peut me livrer tout au moins l'une ou l'autre de ces inconnues que nous poursuivons pour parfaire la science de l'être vivant. Que ce soit seulement une parcelle de vérité découverte, le moindre détail du problème élucidé; et c'est assez pour que la vivisection soit de droit absolu et puisse défier toutes les ligues.

Croyez bien que les savants qui ont recours à ce moyen d'investigations ne le font pas pour leur plaisir, ni par cruauté, ni par simple curiosité. Ils savent seulement que dans le vaste réseau des sciences biologiques, toutes les mailles se commandent, et que la solidité d'un point quelconque de la trame est toujours autant d'obtenu pour l'harmonie de l'ensemble. Ce qui veut dire, plus simplement, que la moindre conquête, le moindre éclaircissement a sa valeur propre, intrinsèque, et contribue forcément, sans qu'il y paraisse, aux progrès de la science, et notamment de la médecine, jusque dans les grosses questions accessibles au vulgaire. La médecine n'est pas faite uniquement de remèdes et de guérisons; notre impuissance, hélas ! ne nous est que trop souvent rappelée par les faits. Elle est faite surtout de savoir et de clairvoyance, et c'est à augmenter notre quantité de savoir et nos éléments de clairvoyance que la vivisection travaille très utilement.

En admettant que la vivisection ne nous ait encore rien appris (je mets au service de nos adversaires le maximum du paradoxe), il suffirait qu'elle pût une seule fois nous apprendre quelque chose, pour qu'elle fût défendable et licite. Elle n'en est plus d'ailleurs

l'albumine dépend, soit de l'état de la circulation locale, soit des altérations épithéliales.

M. Semmola conçoit donc ainsi le processus brightique. La première étape est constituée par un affaiblissemenl progressif des fonctions de la peau, sous l'influence excessivement lente du froid humide. Alors s'établit un état de la nutrition dans lequel les albuminoïdes, de plus en plus diffusibles et de moins en moins assimilables, deviennent comme étrangers à l'organisme; il appelle cet état *l'éteralbuminémie* (*éteros*, étranger). Par suite, d'une part, l'urée diminue; d'autre part, les albuminoïdes devant être éliminés, s'échappent par tous les émonctoires, le rein en première ligne.

Il restait à démontrer que les albuminoïdes inassimilables sont capables de produire, par leur passage à travers le filtre rénal, des désordres analogues à ceux de la néphrite brightique. Semmola a donc injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané et non dans le sang (pour éviter des accidents qui n'ont rien de comparable à l'éteralbuminose naturelle), d'abord de l'albumine d'œuf. Il n'a pas tardé à constater les lésions inflammatoires les plus nettes : hyperémie, puis extravasation globulaire dans la capsule et les conduits urinifères; migration des cellules lymphoïdes; tuméfaction trouble, dégénérescence graisseuse et nécrose des épithéliums ; enfin même, prolifération commençante du tissu conjonctif. Ayant injecté ensuite des albuminoïdes moins hétérogènes (jaune d'œuf, sérum du sang, albumino-peptones, lait), il a vu que, plus leur constitution se rapproche de l'albumine du sang normal, moins leur passage à travers le rein est nuisible à cet organe.

En présence d'arguments cliniques et expérimentaux aussi logiquement enchaînés, il nous semble qu'on peut difficilement se refuser à admettre aujourd'hui la nature dyscrasique de l'albuminurie du mal de Bright.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

Le 3 juillet, le nombre des décès cholériques s'est élevé à 110 à Damiette, 6 à Mansourah, 3 à Samamoud et 1 à El-Chirbine. Le 4 juillet, on a compté 116 décès cholériques à Damiette, 6 à El-Chirbine, 47 à Mansourah, un autre à Alexandrie. D'après une autre dépêche, les décès seraient en nombre plus considérable et s'élèveraient à 122 pour

---

à faire ses preuves, elle se défend d'elle-même par les espérances déjà réalisées. Si, malgré cela, les anti-vivisecteurs se refusent encore à comprendre que la vivisection n'est pas un amusement, mais un droit et un devoir de la science, et bien, n'en parlons plus, car après tout, c'est notre affaire. Je me crois exempt de méchanceté, mais j'épargnerais volontiers un singe ou un épagneul pour vivisecter sans pitié les vieilles Anglaises qui viennent, à coups d'ombrelle, se mêler de choses qui ne les regardent pas et où elles ne comprennent absolument rien. Heureusement l'Armée du Salut, qui commence à opérer sur notre territoire, leur offre un débouché et un champ d'opérations merveilleusement approprié à leurs aptitudes.

J'en demande très humblement pardon à Madame Adam, mais je suis aussi attristé de la voir à la tête de la Ligue populaire contre la vivisection, qu'elle pourrait être surprise de me voir fonder une société ayant pour but de s'opposer à la publication des revues nouvelles, ou à la lecture des tragédies. LUBANSKI.

FIÈVRE JAUNE. — La fièvre jaune sévit avec une assez grande intensité à Lima et sur le littoral du Pérou, c'est-à-dire sur l'océan Pacifique, où elle n'avait pas paru depuis plusieurs années. A Callao (population 15,000 habitants), du 21 février au 8 avril, il y a eu 468 cas, presque tous morts. — A Rio-Janeiro, la recrudescence épidémique est assez forte ; dans une brasserie allemande, tout le personnel, composé de 21 personnes, a succombé le même jour. A l'hôpital Jurujuba, consacré exclusivement au traitement de la fièvre jaune, on se propose de brûler les corps de tous les décédés. D'ailleurs, le reste du pays est préservé. *(Revue d'hygiène et de police sanitaire.)*

Damiette. A Port-Saïd on a notifié 8 décès ; de sorte que pour la journée du 4 juillet, le Conseil de santé accuse 192 décès cholériques.

Jusqu'au 4 juillet au matin, le total des victimes de l'épidémie serait de 1,116 ; et l'intensité de la maladie à Damiette et à Mansourah n'est pas moindre qu'en 1865. La population de Damiette étant de 30,000 habitants, la proportion des décès est considérable.

A Alexandrie, le nombre des cas suspects s'est accru pendant la journée du 4 juillet. Deux soldats anglais ont été atteints.

La majorité des membres du Conseil sanitaire d'Alexandrie considère la maladie comme d'origine asiatique. Elle aurait été importée à Damiette par des marchands de Bombay, venus pour la foire, et transportés sur des navires ayant des patentes nettes, bien que provenant d'un port contaminé. Le Conseil sanitaire du Caire n'a pas la même opinion, et veut faire de la maladie une épidémie toute locale.

En tout cas, cette dernière fait tache d'huile ; le delta tout entier est envahi et la position d'autant plus grave que les secours médicaux font défaut. Damiette, Samamoud et les petites villes de la Basse-Egypte ne possèdent pas d'hôpital. Dans les campagnes, les médecins sont peu nombreux, les médicaments manquent, et c'est tout au plus si, dans quelques bourgs de plusieurs milliers d'habitants, il existe un médecin.

En Belgique, le mesures quarantainaires sont appliquées aux navires venant d'Orient, et à Anvers on impose une observation de cinq jours à ceux qui ont embarqué aux Indes.

A Fiume, les navires venant d'Egypte sont soumis aux mêmes mesures. De plus, on vient de décider l'établissement, s'il est nécessaire, d'un cordon sanitaire d'isolement sur les frontières de la Roumélie et de la Macédoine.

Le gouvernement italien vient enfin de rendre plus sévères les mesures sanitaires, et impose dix à vingt jours de quarantaine aux provenances d'Egypte, de Malte, de Chypre, des Indes et du littoral austro-illyrien ou dalmate. A Gibraltar, des précautions semblables ont été ordonnées pour les navires venant d'Orient. Enfin, l'Allemagne et la Suisse doivent aussi prendre des mesures de prévoyance.

Le Conseil international de Constantinople vient, avec raison, de prescrire l'application du règlement du 7 novembre 1882, restreignant à trois les ports ou lazarets ottomans dans lesquels les navires subissent la quarantaine. Ce sont : Beyrouth pour la Syrie et Tripoli ; Smyrne pour la Turquie d'Asie et d'Europe ; Bassorah pour le Golfe persique. Le lazaret de Smyrne, situé dans l'île de Clazomène, est distant de dix-huit milles de la ville ; celui de Beyrouth, à 3 kilomètres de ce port, est isolé sur un mamelon au bord de la mer, et a déjà reçu des fugitifs venant d'Egypte.

De plus, les navires ayant purgé leur quarantaine dans les ports sont soumis à une nouvelle observation de vingt-quatre heures avant d'entrer dans les Dardanelles. Un service de surveillance doit aussi être exercé sur les navires du cabotage des côtes de Syrie qui échappaient à la quarantaine. Quatre avisos sont dans ce but affectés aux côtes de Syrie, de Caramanie et à l'Archipel.

Une corvette à vapeur doit les accompagner et réprimer au besoin, par la force, les infractions aux règlements quarantainaires. Puissent ces mesures être scrupuleusement exécutées suivant l'esprit de l'iradé impérial qui les prescrit. Enfin, dans sa séance du 1er juillet, le Conseil sanitaire international de Constantinople n'a pas hésité à déclarer suspectes les îles de Malte et de Chypre, témoignant ainsi de la méfiance qu'inspire la conduite des autorités anglaises. Par leur refus de surveiller en temps opportun les provenances de Bombay, elles ont renouvelé les funestes pratiques qui, en 1865, furent aussi la cause de l'épidémie cholérique. Vraiment, malgré les déclarations de lord Granville au Parlement anglais et la lecture d'une lettre du docteur Gull à la tribune, il faut convenir que la situation est grave, surtout pour les villes d'Orient, comme Constantinople où l'hygiène publique est si négligée.

En terminant, signalons une mesure que vient de prendre le gouvernement français. Dans le but d'assurer l'exécution des mesures sanitaires, un arrêté du ministre du commerce vient de désigner le docteur Proust en qualité d'inspecteur général adjoint, chargé de visiter les ports du littoral méditerranéen et les divers lazarets. Excellent choix qui honore autant l'éminent médecin qui en est l'objet que l'auteur de cet arrêté.

C. E.

CORRESPONDANCE

Moret, 18 juin 1883.

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt, dans l'*Union médicale* du 10 juin, votre leçon sur l'étranglement herniaire. C'est une question qui est toujours d'actualité; et, comme ce genre d'accident demande une prompte détermination, le médecin devrait être toujours prêt à faire une opération qu'on peut classer dans les opérations d'urgence.

Le cas dont je vous demande la permission de vous envoyer le récit, me paraît offrir un égal intérêt dans un ordre d'idées voisin de celui que vous avez traité. Il s'agit, non pas d'un étranglement, mais de l'ouverture d'une anse intestinale au pli de l'aine, véritable anus contre nature dont la guérison s'est faite spontanément en deux mois.

M. X..., a près de 60 ans et une mauvaise santé; depuis vingt ans, il vomit presque tous les jours une ou deux fois, quatre à six heures après le repas. Il est porteur d'une hernie peu volumineuse qui sort et rentre facilement. Je suis appelé à le voir le 25 juillet 1882. Sept à huit jours avant cette date, la hernie est sortie; il n'a pu la faire rentrer; puis la région s'est enflammée, et il a dû prendre le lit. Le 25 juillet, l'aine droite est le siège d'un phlegmon étendu de 8 à 9 centimètres au-dessus et au-dessous de l'arcade crurale, qui en occupe le milieu. Toute la région est gonflée, dure, la peau rouge, luisante, la douleur vive. Cortège fébrile au grand complet.

Dans l'état actuel des choses, il est impossible de constater si une anse intestinale est ou n'est pas au dehors de l'abdomen; il est très probable qu'elle est dehors. Il n'existe d'ailleurs aucun symptôme d'étranglement; chaque jour il y a une ou deux évacuations.

Pommade mercurielle belladonée et cataplasmes sur la région malade. Quelques jours après, la fluctuation est manifeste, et, en m'assurant de son existence, je perçois un bruit de gargouillement, preuve évidente qu'une anse intestinale est comprise dans le foyer.

Je laisse à la nature le soin d'ouvrir l'abcès; le faisant moi-même, j'aurais ouvert l'intestin et l'on n'eût pas manqué d'imputer le fait à ma maladresse.

Le 2 août, ouverture spontanée et issue de pus et de matières fécales; l'ouverture est longue et large; on y introduirait facilement un gros œuf de poule.

Soins de propreté, pansements à l'alcool, eau phéniquée dans la chambre, régime analeptique. Bientôt l'abcès se déterge, les bords bourgeonnent vigoureusement, et le 26 août, je vois les choses en tel état que je tente un rapprochement des bords au moyen d'une suture qui ferme cette issue anormale. Je me crois autorisé à le faire, parce que le cours des matières fécales n'est pas interrompu, une partie suit la voie naturelle; il y a tous les jours au moins une garde-robe. La solidité de la peau me donne des craintes; néanmoins, avec l'aide de M. Laloue, étudiant en médecine, qui veut bien me prêter son concours, je fais le 26 août une belle suture enchevillée; je mets la cuisse dans un certain degré de flexion, afin d'éviter tout tiraillement, et il ne me reste plus qu'à espérer la réunion.

Le lendemain 27, la suture n'existe plus, la peau trop friable n'a pas résisté aux fils. Il faut laisser les choses en l'état et attendre que la peau permette une nouvelle tentative. Je ne reste pas cependant tout à fait inactif; j'enduis de collodion toutes les parties susceptibles d'être souillées et altérées par le contact des matières; l'enduit est renouvelé de temps en temps; je cautérise avec le nitrate d'argent, tous les trois ou quatre jours, les bords de l'ouverture; continuation des mêmes soins, des mêmes pansements; et j'ai la satisfaction de voir que cette ouverture diminue sensiblement pour arriver à un trajet fistuleux dans lequel j'enfonce le crayon, trajet qui diminue lui-même assez vite, et le 28 septembre l'ouverture est fermée; il ne sort plus rien, pas même des gaz.

La région inguinale, qui était fort montueuse, s'aplanit, se nivelle, et, un mois après la fermeture complète, elle est parfaitement régulière et traversée par une belle cicatrice parallèle à l'arcade crurale, longue de 7 à 8 centimètres et large seulement de 2 à 3 millimètres.

Ainsi, une anse intestinale s'est, après inflammation, spontanément ouverte dans le pli de l'aine, sans qu'il y ait eu aucun symptôme d'étranglement. L'anus contre nature qui en est résulté, sans une interruption complète du cours des matières, était complètement fermé fin septembre.

Par où a débuté l'inflammation, et quelles ont été ses causes? Voilà ce qui reste bien difficile à déterminer.

Veuillez agréer, etc.

Dr Driard.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Paul Bert communique une note sur l'action des mélanges d'air et de vapeur de chloroforme, et sur un nouveau procédé d'anesthésie.

« J'ai recherché l'action sur le chien de mélanges dosés de vapeurs de chloroforme et d'air, respirés d'une manière continue et indéfinie.

Mes expériences ont été faites à l'aide de l'appareil, décrit par le docteur Saint-Martin dans la séance du 18 décembre 1882. Cet appareil, composé de deux gazomètres qui agissent alternativement, est des plus commodes à employer, et il est appelé à rendre les plus grands services dans toutes les questions relatives à la respiration.

Si l'on fait respirer à un chien un mélange de 4 grammes de chloroforme vaporisés dans 100 litres d'air, l'animal reste sensible pendant toute la duré de l'expérience, que j'ai prolongée, dans un cas, jusqu'à neuf heures et demie. Sa température rectale s'était alors abaissée à 35°.

Avec 6 grammes pour 100 litres d'air (ce que j'appelle abréviativement 6 p. 100), la mort est survenue après sept heures environ, avec une température de 31°. La sensibilité a persisté tout le temps, bien qu'affaiblie, surtout dans les dernières heures, quand l'animal était très refroidi.

Avec 8 p. 100, on finit par obtenir l'insensibilité de la peau et même de la cornée; mais elle ne survient que très lentement, après une phase d'agitation. La mort a lieu au bout de six heures, la température s'étant abaissée jusqu'à 30°.

Avec 10 p. 100, la scène change ; l'insensibilité apparaît en quelques minutes. Le sommeil est absolument calme, et la mort arrive au bout de deux heures à deux heures et demie, sans aucune convulsion. La température est alors de 35° à 33°.

Avec 12 p. 100, insensibilité encore plus rapide, sans réaction aucune. Mort en une heure un quart en moyenne; température, 35°.

Avec 14 et 16 p. 100, mort en trois quarts d'heure; température, 38°.

Avec 18 et 20 p. 100, mort en une demi-heure.

Avec 30 p. 100, mort en quelques minutes.

Dans toutes ces expériences, l'animal avait été trachéotomisé. Le chloroforme était parfaitement pur.

J'appelle particulièrement l'attention sur les faits suivants :

A. Que la mort soit survenue lentement ou rapidement, toujours le cœur a continué à battre après la cessation des mouvements respiratoires : il n'y a jamais eu de syncope cardiaque.

B. Même après une anesthésie de plusieurs heures, il ne passe pas de chloroforme dans l'urine.

C. Avec des doses très faibles, on peut faire circuler dans les poumons une quantité énorme de chloroforme sans obtenir d'autre phénomène objectif que l'abaissement de la température.

D. Avec des doses un peu plus fortes, on amène une mort lente avec un grand abaissement de température; mais la sensibilité persiste.

Ainsi, à ces doses, le chloroforme n'agit que sur les actes nutritifs, probablement en engourdissant tous les éléments anatomiques, comme il endort la cellule de bière, d'après les expériences de Claude Bernard.

E. Avec les doses les plus fortes, alors que l'insensibilité se manifeste nettement, la mort est toujours la conséquence de la respiration *continue* des mélanges chloroformés. Plus ces mélanges sont riches en chloroforme, plus la mort est rapide, et moins la température de l'animal baisse.

L'emploi des mélanges titrés de vapeurs de chloroforme et d'air va permettre de résoudre la quantité de problèmes importants relatifs à l'action de cet anesthésique.

J'ai commencé des expériences, afin de mesurer la quantité de chloroforme qu'un chien doit absorber pour être anesthésié et pour mourir. Je détermine la marche de cette absorption. J'étudie l'influence des poisons, comme la morphine, l'atropine, l'alcool, le chloral, qu'on a essayé d'associer, pour des motifs divers, au chloroforme. Enfin, j'ai commencé une analyse complète de l'action du chloroforme sur les fonctions, les organes et les éléments anatomiques, analyses que n'ont pu permettre de faire avec précision les procédés ordinaires.

J'aurai l'honneur d'entretenir l'Académie de ces expériences lorsqu'elles auront fourni de suffisants résultats. Mais dès aujourd'hui je veux lui faire part d'une application pra-

tique des faits rapportés plus haut, application qui me parait mériter d'attirer l'attention des chirurgiens.

Je rappelle que la respiration continue d'un mélange d'air ou de chloroforme, quel qu'il soit (hormis dans les doses très faibles, et encore la mort surviendrait-elle peut-être si l'on prolongeait l'expérience au delà de neuf heures et demie), amène toujours la mort.

Chez le chien, au-dessus de 10 p. 100, l'insensibilité est rapide, mais la mort survient assez vite pour que sa menace inquiète l'opérateur. Au-dessous, au contraire, la mort est extrêmement lente, mais la sensibilité n'est que peu diminuée.

J'ai eu l'idée de faire agir successivement les deux doses, dans l'espoir d'agir sur la sensibilité sans compromettre la vie.

Je fais respirer à un chien le mélange à 12 p. 100. Au bout de quelques minutes, quand il est bien endormi, je lui donne le mélange à 8 p. 100. Or, ce mélange qui, s'il avait été employé d'emblée, n'aurait anesthésié l'animal que très lentement et après une grande agitation, suffit pour continuer l'action de celui à 12 p. 100. Et comme il n'est mortel par lui-même qu'au bout d'un long temps, j'ai pu conserver ainsi des animaux parfaitement anesthésiés pendant plus de trois heures, sans aucun péril pour leur vie, sans aucun trouble notable de la respiration et de la circulation : la température seule avait baissé.

Voilà donc un procédé bien simple, qui ne nécessite que l'emploi de deux sacs de caoutchouc ou de deux gazomètres, et dont je me permets de recommander l'emploi aux chirurgiens. Il faudrait d'abord, bien entendu, déterminer par des tâtonnements le titre des mélanges dont l'action correspondrait sur l'homme à ce que font 8 et 12 p. 100 sur le chien.

Il n'est pas inutile de faire observer que ce procédé a les plus grandes analogies avec le procédé chirurgical dit de la *sidération,* qui consiste à endormir brusquement le patient avec une grande quantité de chloroforme, pour l'entretenir ensuite dans l'état d'insensibilité avec de très faibles doses.

Mais l'emploi des mélanges titrés aurait l'avantage de réduire en règles précises une pratique dont la réussite dépend aujourd'hui tout entière de l'habileté du chirurgien.

Je fais remarquer en terminant que, si ce procédé paraît devoir mettre à l'abri de tout danger, il ne peut faire disparaître des inconvénients inhérents au chloroforme lui-même. Les animaux ainsi anesthésiés sont, quand ils se réveillent, en proie aux malaises habituels. La supériorité du protoxyde d'azote sur tous les autres anesthésiques se maintient toujours. »

M. Bouley présente une note de M. Burcq sur un cas d'hystérie grave de date ancienne dont les symptômes ont disparu sous l'influence de l'aluminium.

« La malade dont il s'agit dans cette observation, ayant été reconnue sensible à l'aluminium, à la suite de plusieurs explorations faites sans résultats positifs avec d'autres métaux, fut traitée ensuite par des injections sous-cutanées de sulfate d'alumine à 1/200, l'administration de pilules du même sel de 0 gr. 03 (une à deux cuillerées par jour) et une armature d'aluminium.

Sous l'influence de ce traitement, suivi par la malade avec une grande ponctualité, tous les symptômes disparurent, notamment une sorte d'aboiement très pénible qui durait depuis 1879, malgré toutes les médications externes et internes auxquelles la malade avait été soumise pendant cette longue période de temps. »

M. Renard soumet au jugement de l'Académie, par l'entremise de M. Bouley, un mémoire portant pour titre : « Etude sur le mode d'action des eaux minérales d'après la doctrine de M. Pasteur. »

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 22 au 28 juin 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,042. — Fièvre typhoïde, 41. — Variole, 10. — Rougeole, 31. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 22. — Diphthérie, croup, 42. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 39. — Phthisie pulmonaire, 187. — Autres tuberculoses, 12. — Autres affections générales, 67. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 34. — Bronchites aiguës, 31. — Pneumonie, 66. — Atrepsie des enfants élevés : au biberon, 52; au sein et mixte, 45; — inconnues, 1. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 91; circulatoire, 70; respiratoire, 67; digestif, 53; génito-urinaire, 18; de la peau et du tissu lamineux, 1; des os, articulat. et muscles, 10. — Après traumatisme, 0. — Morts violentes, 36. — Causes non classées, 6.

Résumé de la 26e semaine. — La mortalité générale continue à diminuer à Paris : 1,042 décès ont été notifiés au service de statistique. Ce chiffre est encore inférieur à celui des

précédentes semaines. La mortalité parisienne, sans être encore très modérée, se rapproche sensiblement de son taux moyen.

Par un heureux hasard, tous les âges semblent participer à cet abaissement de la mortalité. Les enfants de 0 à 1 an eux-mêmes, ordinairement très éprouvés par les chaleurs de l'été, présentent actuellement une mortalité exceptionnellement faible.

Voici le résultat de la comparaison entre les chiffres de cette semaine et ceux des précédentes en ce qui concerne les maladies épidémiques :

La Fièvre typhoïde, qui était en voie de décroissance, paraît devenir à présent plus fréquente. Outre que nous comptons 41 décès au lieu de 36, nous devons constater plusieurs signes de fâcheux présages : il y a eu dans les hôpitaux de Paris 122 admissions pour Fièvre typhoïde au lieu de 99, 96, 72, chiffres des précédentes semaines. Enfin, les médecins de Paris qui veulent bien nous signaler les maladies épidémiques qu'ils rencontrent dans leur clientèle, nous font connaître 67 cas de Fièvre typhoïde au lieu de 42, 32 et 28 qu'ils nous signalaient précédemment. Tout fait donc craindre une aggravation de la fréquence de la Fièvre typhoïde.

Nous constatons une légère aggravation pour la Diphthérie (42 décès au lieu de 33, 34, 39 et 49). Les hôpitaux ont admis 28 Diphthériques au lieu de 21. Le XVIIIe et le XIXe arrondissements présentent à eux seuls le quart du nombre total des décès par Diphthérie.

La Variole (10 décès) et la Scarlatine continuent à être rares à Paris; cette dernière fièvre n'a pas fait une seule victime pendant la semaine dernière.

La Coqueluche (22 décès au lieu de 19, 21 et 18) et la Rougeole (31 décès au lieu de 29 et 31) continuent à rester fréquentes sans augmenter notablement. Toutefois l'épidémie de Rougeole que nous constations dans le XIe et le XIIe arrondissement paraît s'éteindre; mais un autre foyer épidémique qu'on nous signalait récemment à *Montmartre* a pris un développement inquiétant. Sur les 31 décès par Rougeole constatés à Paris, il en est 15, c'est-à-dire la moitié qui ont été fournis par le XVIIIe et le XIXe arrondissements.

Les maladies saisonnières continuent à être assez rares. La Bronchite aiguë (31 décès au lieu de 26 et de 30) et la Pneumonie (66 décès au lieu de 67 et de 77) n'ont subi que des variations légères et sans importance. L'Atrepsie (98 décès au lieu de 110 et de 108) est plus rare qu'elle ne l'est ordinairement à cette période de l'année.

Le service de statistique a reçu notification de 415 mariages. Les naissances vivantes ont été au nombre de 1,213 dont 875 légitimes. En outre, 91 enfants (dont 65 légitimes) étaient mort-nés ou sont morts avant l'inscription.

Dr Jacques BERTILLON,

Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

Concours du clinicat. — Le jury des divers concours du clinicat est ainsi composé :

1° Clinicat chirurgical : MM. Gosselin, Verneuil, Le Fort, Panas et Duplay ;

2° Clinicat ophtalmologique : MM. Panas, Le Fort, Trélat, Duplay et Béclard ;

3° Clinicat médical : MM. Germain Sée, Hardy, Jaccoud, Peter et Bouchard ;

4° Clinicat des maladies nerveuses : MM. Charcot, Hardy, Peter, Germain Sée, Bouchard et Jaccoud.

La première séance du concours pour les clinicats médical et des maladies nerveuses aura lieu lundi prochain, 9 juillet 1883, à neuf heures du matin, à l'Hôtel-Dieu. Les opérations commenceront immédiatement.

La première séance du concours pour les clinicats chirurgical et ophtalmologique aura lieu lundi prochain, 9 juillet 1883, à neuf heures du matin, à la Faculté de médecine.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Félix Baudouin, décédé à Savonnières devant Bar-le-Duc, le 4 juillet courant. Ses funérailles auront lieu à Paris, à l'église Saint-Eugène, rue Sainte-Cécile, *le samedi 7, à midi très précis*. Les familles Baudouin et Auguste Nicolas prient les personnes qui, par suite d'un oubli involontaire, n'auraient pas reçu de billet de faire part, de considérer le présent avis comme une invitation.

— On demande, comme *locum tenens*, un docteur en médecine parlant anglais. S'adresser, 15, rue Caumartin, Paris, entre 2 et 4 heures.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

NOTE

sur un cas d'hémiplégie motrice accompagnée d'hémianesthésie sensitive et sensorielle traité avec succès par l'emploi des aimants ;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 12 janvier 1883,

Par le docteur GINGEOT, médecin des hôpitaux.

Depuis quelques années, l'emploi thérapeutique des aimants que des études insuffisantes et surtout les abus du charlatanisme avaient jeté dans le discrédit, occupe de nouveau l'attention des médecins et provoque d'intéressantes recherches. D'importants résultats ont été obtenus dont plusieurs peuvent déjà prendre rang parmi les notions classiques, tant leur exactitude confirmée par maint observateur semble désormais incontestable. Au nombre des faits les mieux établis figure l'influence du magnétisme minéral sur les anesthésies, non seulement sur celles qui reconnaissent l'hystérie pour cause, mais aussi sur les anesthésies liées à certaines intoxications chroniques ou même à des lésions cérébrales. Pas n'est besoin de rappeler à ce propos les noms de Charcot, de Vigouroux, de Vulpian, de Debove, de Dumontpallier, de Laboulbène, de Proust et de Ballet, dont les travaux sur le sujet dont il s'agit sont présents à l'esprit de tout le monde. Quelque étonnement qu'ait pu produire en premier lieu cette action des aimants sur les paralysies sensitives et sensorielles, on peut dire que la guérison de troubles moteurs par l'usage du même moyen est plus surprenante encore. Signalé en Allemagne par Franz Müller, en France par MM. Proust et Ballet, et surtout par M. Debove qui en a réuni plusieurs cas dans son remarquable mémoire, le phénomène en question ne paraît avoir été observé jusqu'ici qu'assez rarement ; tout au moins les publications qui s'y rapportent sont-elles en petit nombre, et cette pénurie relative de faits m'encourage à en faire connaître un de plus. L'observation

FEUILLETON

Le Choléra en 1883 et le Gouvernement anglais en Egypte

Chaque année, le Conseil sanitaire international de Constantinople prend des mesures prophylactiques contre l'invasion du choléra au moment des pèlerinages des lieux saints d'Arabie. Quarantaines, séjour dans les lazarets de l'île de Camaran ou d'El-Weg, et s'il y a lieu, aux ports de débarquement ; telles sont les dispositions dont un personnel dévoué assure l'exécution, et par lesquelles l'Europe a été depuis quelques années préservée des épidémies cholériques.

Ces mesures, malgré leur efficacité, ont été depuis longtemps l'objet d'une hostilité mal déguisée de la part des autorités anglaises. Pendant qu'on s'applique à faire de la prophylaxie sur les rives de la mer Rouge et de la Méditerranée, aux Indes on délivre des patentes aux navires contaminés qui transportent des sujets musulmans de cet empire aux pèlerinages de la Mecque. Voici que les autorités anglaises d'Égypte préparent à l'Europe de nouvelles et redoutables surprises.

Dans leur impuissance à supprimer l'autorité du Conseil sanitaire international de Constantinople, elles font en sorte d'annihiler son action et de lui enlever l'aide indispensable qu'il trouvait dans le Conseil sanitaire d'Alexandrie. Des événements récents témoignent de ces hauts faits diplomatiques. Le correspondant du *Temps* en Orient en a donné le récit en signalant aux gouvernements européens les dangers qui en sont la conséquence.

que je viens soumettre à la Société a été prise à l'hôpital Saint-Antoine, dans l'une des salles dont j'avais été chargé en l'absence de mon collègue et ami M. Gouraud; les détails en ont été recueillis par M. Condoléon, interne du service.

Agée de 57 ans, journalière, la nommée Eugénie Guillot avait déjà reçu, à l'hôpital, en novembre 1881, les soins de M. Mesnet. S'il faut en croire son récit, elle aurait éprouvé à cette époque une céphalalgie et des vertiges précédant d'une quinzaine de jours un véritable *ictus* apoplectique. Frappée d'une paralysie à la fois sensitive, sensorielle et motrice, dans tout le côté droit du corps, on l'avait traitée par les purgatifs, le bromure de potassium, l'application des courants continus, et les symptômes dont elle souffrait s'étaient dissipés graduellement, de manière à lui permettre, quelques semaines plus tard, de retourner chez elle en pleine possession de l'usage de ses membres. Toutefois, sa santé ne fut jamais entièrement rétablie : la céphalalgie et les vertiges continuèrent, et ceux-ci augmentèrent considérablement au commencement d'août 1882, en même temps que le sommeil devint agité. Enfin, le 20 août, la malade s'aperçut qu'elle était de nouveau affaiblie du côté droit, et, le lendemain matin, la paralysie avait envahi toute cette moitié du corps.

Admise à Saint-Antoine le 22 août et couchée au n° 19 *bis* de la salle Rostan, nous trouvons Eugénie Guillot dans l'état que voici :

Hémiplégie faciale médiocrement intense, commissure labiale gauche légèrement déviée en dehors, côté droit de la face peu mobile dans les divers jeux de la physionomie.

Le membre supérieur droit est complètement paralysé; quand on le relève, il retombe inerte. Les mouvements des doigts, de la main sur l'avant-bras, de l'avant-bras sur le bras, son absolument abolis.

Le membre inférieur est moins atteint. Si l'on invite la patiente à maintenir la jambe droite fléchie et qu'on s'efforce d'étendre celle-ci, la résistance qu'on éprouve est encore assez notable; mais la marche est difficile, et la malade traîne manifestement le pied.

La sensibilité générale est compromise dans la même mesure et sur les mêmes points que la mobilité : incomplètement abolie à la face et au membre inférieur, elle a totalement disparu dans tous ses modes au membre supérieur et dans le côté droit de la moitié sus-ombilicale du tronc. Détail important à noter, la piqûre d'une aiguille ne détermine, sur ces divers points, aucun écoulement de sang.

La sensibilité spéciale présente également des modifications profondes. L'odorat et le goût sont abolis du côté droit, comme on s'en assure en présentant à la narine droite, laissée seule ouverte, de l'éther ou de l'eau de Cologne, et en déposant du sucre ou du sulfate de quinine sur la moitié droite de la langue. Le tic tac d'une montre appliquée sur l'oreille droite n'est point perçu. Quant à la vue, elle n'est pas précisément supprimée du côté droit, et la vision a lieu sans diplopie ; en revanche, on constate une

---

Le 12 mai dernier, par l'intermédiaire du délégué anglais, le Conseil sanitaire d'Égypte était informé de l'existence du choléra à Bombay; il venait, en huit jours, d'y faire vingt-huit victimes. Il est vrai que le Conseil médical de cette ville certifiait « que le choléra n'est pas épidémique ». Vraiment c'était, vous en conviendrez, trancher un peu arbitrairement une question qui n'est rien moins que controversée. Nos confrères de Constantinople, avertis de suite, en jugèrent autrement. M'est avis qu'ils n'avaient pas tort. Il fallait d'abord commencer par mettre les cholériques hors d'état de propager la maladie et les contrées non contaminées hors des atteintes de l'épidémie. Télégraphiquement, il prescrivit de retenir en quarantaine à Camaran, les pèlerins venant de Bombay. Cette mesure de vulgaire prudence était raisonnable. Malheureusement elle était tardive; l'événement l'a prouvé. Voilà pourquoi sans doute elle devait susciter l'intervention des autorités britanniques.

Le 14 mai, le Conseil d'Alexandrie était convoqué pour la mise à exécution de ces mesures. Vous croyez peut-être que le délégué anglais, qui avait annoncé les décès cholériques de Bombay, devait être le premier à approuver les mesures de prophylaxie? Allons donc! M. Meleville déclara de suite que lord Granville et le *Foreign Office* « demandaient de ne pas prendre une décision ferme et de renvoyer la question des arrivages « à Suez des pèlerins indiens avec patente nette, à la commission qui a préparé le « règlement. »

Ce sont les intérêts du commerce, — du commerce britannique, bien entendu, — qui servaient de prétexte à cette singulière intervention. Comme le firent remarquer les délégués de France et d'Italie, la question était urgente et la réglementation actuelle suffisait pour la vider, les mesures proposées ayant pour objet d'appliquer aux navires qui

dyschromatopsie très prononcée : l'œil droit fait percevoir le blanc comme du vert ; le bleu, le vert et le jaune comme du blanc, le rouge comme du noir, et le noir comme du jaune.

En dehors des phénomènes que je viens d'énumérer, la malade ne présente presque rien d'anormal. Son intelligence est intacte. L'appétit subsiste, et, sauf un peu de constipation, les fonctions digestives sont régulières. Point d'hypertrophie du cœur, ni de bruit cardiaque anormal, ni d'irrégularité quelconque du pouls ; seulement l'artère radiale est un peu dure et paraît athéromateuse. Rien à noter du côté des urines. Inutile d'insister sur l'état des autres organes ou fonctions : les uns et les autres ne paraissent altérés en aucune manière.

On prescrit un purgatif et l'usage quotidien du bromure de potassium en commençant par deux grammes dans les vingt-quatre heures.

Le 29 août, nulle amélioration n'a été obtenue et l'état des choses n'a pas changé. Nous décidons alors de recourir au magnétisme minéral, et, le même jour, à onze heures et demie du matin, un aimant en fer à cheval, pesant environ quarante livres, est mis en contact avec les téguments de l'avant-bras. A six heures du soir, on constate que la sensibilité est revenue en partie, notamment au niveau et au pourtour de la région touchée par l'aimant. La malade sent les piqûres, mais ces piqûres, quoique perçues, ne sont pas douloureuses, lors même qu'on traverse de part en part un pli de la peau. Le membre supérieur droit, soulevé, retombe encore, mais non à la façon d'une masse inerte : il semble qu'une résistance, d'ailleurs insuffisante, s'oppose à sa chute.

Un second aimant est appliqué au niveau de la face externe de la cuisse droite, et le premier est laissé en place.

30 août. La nuit a été mauvaise : la malade a souffert d'une vive céphalalgie dont le siège principal semble correspondre aux circonvolutions frontale et pariétale ascendantes gauches. Il n'y a pas de modification notable du côté de la sensibilité, mais la patiente peut mouvoir les doigts et serrer faiblement la main de l'observateur ; le bras, soulevé, non seulement ne retombe plus inerte, mais peut être maintenu en l'air pendant quelques secondes ; la flexion de l'avant-bras sur le bras est devenue possible. Au membre inférieur, la sensibilité est complètement revenue dans la région en rapport avec l'aimant. Les troubles sensoriels restent les mêmes.

31 août. La céphalalgie persiste. L'anesthésie sensitive a disparu sur tous les points. Les piqûres pratiquées avec une aiguille saignent comme à l'état normal. La malade peut assez facilement lever le bras et porter la main sur sa tête. Les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras et de la main s'exécutent sans peine. Bien que la jambe traîne encore un peu, la marche est relativement facile. Point de changement à noter du côté des troubles sensoriels, notamment de la dyschromatopsie.

1er septembre. Toujours de la céphalalgie. Les mouvements du membre supérieur sont aujourd'hui complètement normaux.

---

apportent les pèlerins les dispositions tutélaires déjà obligatoires pour ceux qui les rapatrient. Un troisième délégué intervint alors réclamant du Conseil un vote par lequel Bombay serait déclaré ville contaminée. Le Conseil accepta. On proposa d'étendre cette décision au port de Calcutta dont l'état sanitaire est encore plus alarmant. C'était justice ; aussi, sur 18 votants, 6 refusèrent et 3 autres s'abstinrent.

A la surprise générale, la proposition ne fut pas adoptée ; c'est que, paraît-il, le pays des Pyramides est aussi devenu un peu celui des chinoiseries. Certains délégués européens sont au service du gouvernement khédival ; ils émargent au budget égyptien dont, à l'heure présente, les Anglais sont plus ou moins les dispensateurs ! Sauvegarder le continent européen contre le *mal des Indes* est bien ; mais conserver de lucratives fonctions est mieux, si nous en croyons le témoignage autorisé du correspondant du *Temps*. « Et voilà pourquoi votre fille est muette » et le *Foreign Office* victorieux dans ce combat dont les lauriers éclipsent la gloire de ceux de Fers-el-Kébir.

Voici mieux encore cependant. La chinoiserie prend des airs de fumisterie. Un autre délégué demande l'exécution immédiate des mesures sanitaires à l'égard des pèlerins de Bombay. Cette demande était la conséquence logique du vote émis dès le début de la discussion. Bien naïf celui qui croirait à une décision conforme à la première délibération. Allons donc ! On craignait une défaite, le délégué anglais quitta la salle. Deux délégués égyptiens s'esquivèrent ! Pourquoi s'en étonner ? Tout bon Égyptien devant en ce momeut se faire à l'image des fils d'Albion. Deux autres délégués, l'un Autrichien, l'autre Prussien, agirent de même ; le Conseil n'était plus en nombre ; la séance fut levée et le combat finit faute de combattants. Voilà comment l'Angleterre prétend exercer en Orient sa prétendue mission humanitaire, philanthropique, civilisatrice et protéger l'Europe contre les dangers permanents qui la menacent !

3 septembre. La malade marche facilement et se sent aussi solide sur la jambe droite que sur la jambe gauche. A partir de ce jour, elle se lève aussitôt après la visite, et n'est soumise à l'action des aimants que pendant la nuit. La perception des couleurs n'a subi jusqu'à présent aucune amélioration.

7 septembre. La dyschromatopsie a disparu.

Par prudence, l'application nocturne des aimants est continuée jusqu'au 12 septembre ; mais à dater du 7, la malade peut être considérée comme entièrement guérie. Son mal de tête a cédé avant l'éloignement définitif des aimants, grâce peut-être au bromure de potassium qu'on a récemment prescrit derechef, en vue de combattre ce symptôme.

Pleinement satisfaite de son état, Eugénie Guillot demande à sortir, mais, dans la crainte d'une rechute à bref délai qui, du reste, ne s'est point produite, je ne lui donne son *exeat* que le 18 septembre.

Tels sont, en résumé, les faits dont nous avons été les témoins. Je voudrais pouvoir y joindre un diagnostic nettement formulé ; par malheur, ici comme dans plusieurs des cas analogues déjà publiés, cette conclusion désirable est singulièrement difficile à tirer sans réserves, et l'on ne peut guère, à mon avis, qu'essayer une discussion qui risque de rester peu lumineuse.

Avons-nous eu affaire aux conséquences d'une intoxication? Je ne le pense pas : la malade n'était point alcoolique, elle ne présentait aucun symptôme de saturnisme, et, d'ailleurs, ses occupations de femme de ménage ne l'exposaient guère à l'absorption d'un poison quelconque.

S'est-il agi d'une hystérique? La chose n'est pas impossible. Toutefois, je ferai remarquer qu'aucun antécédent le moins du monde suspect n'a pu être relevé chez notre patiente, et l'on comprend que nos recherches à cet égard ont dû être minutieuses. Il est vrai que l'hystérie est quelquefois tardive dans ses manifestations, qu'elle peut n'apparaître qu'à la ménopause ou plus tard encore, et qu'en outre on peut la rencontrer fruste, limitée symptomatiquement à des phénomènes dépourvus en eux-mêmes de toute valeur pathognomonique. Aussi bien ne voudrais-je nier absolument qu'Eugénie Guillot soit une hystérique, destinée, peut-être, à des accidents ultérieurs propres à trancher affirmativement la question. Pourtant l'histoire de la malade renferme une particularité qui milite activement, sinon radicalement, contre le diagnostic *hystérie* : la disparition de la pa-

---

Averti de ces faits, le Conseil international de Constantinople s'est réuni le 29 mai dernier. Dans un rapport sévère, il rejetait sur l'Angleterre seule la responsabilité de ces décisions. Il déclare, avec une louable énergie, que tout pèlerin indo-malais n'ayant pas été mis en quarantaine sera renvoyé au lazaret e Djeddah. De plus, si, au mépris des conventions, l'Egypte persistait dans cette violation des règlements internationaux, on devait déclarer ses ports suspects, ses navires contaminés et la quarantaine dans tous les ports ottomans pour les provenances de ce pays. On espérait que les puissances européennes sanctionneraient au besoin cet acte de police sanitaire, dont la légitimité n'était pas à démontrer en présence de la faiblesse du gouvernement khédival et des prétentions égoïstes du mercantilisme anglo-saxon.

L'unanimité des voix, moins une seule, a sanctionné cet acte de vigueur dans le Conseil de Constantinople. L'unique voix dissidente était celle du docteur Dickson, délégué anglais! Etait-il besoin de le dire? Une intervention active des gouvernements européens était donc nécessaire ; espérons, pour notre pays, que maintenant le gouvernement français appuiera les médecins sanitaires qui le représentent sur le Bosphore ou à Alexandrie. Mais, dès aujourd'hui, si l'Angleterre a cru gagner son procès par la fuite plus habile que glorieuse de son délégué, à Alexandrie elle ne doit pas oublier que devant l'opinion publique elle est responsable du scandale d'Alexandrie et des graves dangers dont l'Europe est menacée. En Algérie et en Tunisie, la France a des intérêts sanitaires de la plus haute importance, elle doit plus que jamais les sauvegarder, dussent les arrivages de thé des marchands de la Cité souffrir quelques heures de retard, et la diplomatie sanitaire de la Grande-Bretagne subir un juste échec, et les Égyptiens apprendre que la gloire d'une anglicanisation n'autorise pas à violer les lois internationales. Les événements actuels sont la meilleure preuve de l'utilité de ces mesures qui, prises à temps, eussent été efficaces!

L. D

ralysie ne s'est point accompagnée de transfert; je sais bien que le phénomène du transfert peut être observé, par exception, en dehors de l'hystérie, et les faits de MM. Vigouroux, Laboulbène, Debove, notamment le cas de paralysie sensitive et motrice d'origine traumatique vu par ce dernier observateur dans le service de M. Germain Sée, tous ces faits, dis-je, ne sont pas sortis de ma mémoire; mais c'est chose encore beaucoup plus rare, du moins à ma connaissance, qu'une hémiparalysie d'origine hystérique soit détruite par un agent asthésiogène sans que le transfert ait lieu. J'ai donc grand'peine à croire à l'hystérie chez ma patiente, et, si je n'ose aller jusqu'à une dénégation hardie, c'est que l'hystérie est une affection protéiforme, capable de causer les surprises les plus inattendues, et contre laquelle on doit toujours, dans les cas douteux, se tenir sagement en garde.

Fallait-il admettre une lésion encéphalique définie intéressant la partie postérieure de la capsule interne. Ici encore, l'affirmative et la négative absolues sont strictement impossibles. En tout état de cause, l'hypothèse d'une hémorrhagie cérébrale me paraît difficile à défendre ; quelle apparence y a-t-il qu'un épanchement sanguin se soit produit deux fois, à une année d'intervalle, précisément dans les mêmes points, et qu'après avoir déterminé des troubles fonctionnels si graves et si étendus, il se soit, chaque fois, résorbé sans laisser trace de paralysie. Soutenable à la rigueur, une telle interprétation manque néanmoins de vraisemblance. Plus acceptable serait, à mon sens, l'existence d'une tumeur; seulement, c'est là encore une pure hypothèse, et j'ajoute qu'il serait malaisé de conjecturer la nature du néoplasme en question : la malade n'est manifestement ni syphilitique, ni tuberculeuse, et, réserve faite de son âge, ne présente aucune particularité qui autorise à la croire porteuse d'un carcinome intra-crânien. Quant aux tumeurs exceptionnelles, on me pardonnera, je l'espère, de ne pas m'y arrêter. Tout bien pesé, c'est peut-être à quelque conséquence locale de l'athérome artériel que je serais tenté de donner la préférence. Les radiales, chez cette femme proche de la soixantaine, sont positivement athéromateuses, et la physionomie générale de la maladie, compatible, je l'ai reconnu, avec l'existence d'une tumeur, s'accorde au moins aussi bien avec l'idée d'une ischémie cérébrale convenablement localisée. Ces douleurs de tête, ces vertiges, précédant chacune des deux atteintes et persistant à un certain degré dans l'intervalle, peuvent résulter de l'athérome encéphalique tout autant que d'un produit de nouvelle formation, et le tableau symptomatique serait sûrement moins incomplet dans la première hypothèse que dans la deuxième. Au surplus, je n'insisterai pas sur un diagnostic différentiel dont j'ai commencé par admettre la difficulté considérable : mieux vaudrait, évidemment, pouvoir l'établir sans laisser place au doute, mais, qu'il doive, ou non, rester indécis, l'observation demeure, quand même, instructive, puisqu'elle nous montre, une fois de plus, la puissance des aimants contre le symptôme *hémiplégie*, à la condition si justement mise en lumière par M. Debove, qu'il y ait coïncidence d'une hémianesthésie du même côté.

Un mot encore avant de finir. N'aurions-nous pas été victimes de quelque supercherie? Notre malade se serait-elle appliquée à nous tromper, soit pour le plaisir de mentir, comme il arrive souvent aux hystériques, soit pour se faire héberger à l'hôpital ou dans tel autre but qu'on voudra? Je ne puis le penser, et j'espère qu'on partagera mon sentiment. Admettons, si l'on veut, que la patiente ait pu simuler la triple paralysie sensitive, sensorielle et motrice, accuser des troubles cérébraux sans les avoir éprouvés, graduer et enchaîner d'une façon plausible les différentes phases d'un prétendu retour à la santé, deux faits subsistent qui cadrent mal avec l'imposture. Citons d'abord la céphalalgie spéciale, notée par M. Laboulbène et par M. Debove dans divers cas de guérison opérée par l'aimant : la malade ne pouvait guère songer à s'en dire atteinte, à moins, chose peu probable, qu'elle n'eût d'avance étudié la question avec assez de soin pour remarquer ce détail secondaire. Allèguera-t-on que la céphalalgie est un

effet produit par les aimants même en dehors de toute action curative, et que la malade a pu l'éprouver réellement tout en simulant le reste? Je répondrai que la douleur, dans le cas présent, affectait justement un lieu digne d'intérêt eu égard au siège de l'hémiplégie, et que les connaissances vraisemblablement bornées de la patiente ne devaient guère lui inspirer une désignation si habile. Et si l'on répliquait que cette femme a pu faire par hasard un mensonge dont le caractère ingénieux lui échappait, on aurait encore à expliquer comment les piqûres qui, après l'emploi des aimants, saignèrent d'une façon normale et sans qu'aucune contraction musculaire vînt y aider, comment ces piqûres, dis-je, pouvaient demeurer exsangues avant que les aimants fussent intervenus. Ou je me trompe fort, ou ce dernier fait, depuis longtemps remarqué dans l'hystérie et constaté par M. Debove dans les hémianesthésies d'origine toxique, voire même organique, ruine définitivement l'hypothèse d'une mystification, et donne à l'observation entière un degré de certitude suffisant pour que j'aie pu me croire permis de la présenter à mes savants collègues.

PATHOLOGIE

Considérations sur la théorie de la goutte,

Par M. Durand-Fardel.

(Lu à la Société de médecine de Paris.)

La théorie pathogénique de la goutte, telle que les connaissances actuelles permettent, sinon de la formuler, au moins de la concevoir, repose sur deux ordres de faits : l'un *physiologique*, l'autre *pathologique*, lesquels semblent nous conduire du point de départ à l'aboutissant de la maladie.

Les principes azotés, qui sont utilisés dans la nutrition pour la rénovation immédiate de la plupart de nos tissus, et proviennent exclusivement de l'alimentation, doivent être finalement éliminés de l'économie sous une forme déterminée, soit qu'ils n'aient pas été intégralement utilisés, soit en raison du travail discontinu de désassimilation.

Les transformations successives qu'ils ont eu à subir, quelques phases qu'elles aient eu à traverser elles-mêmes, peuvent se résumer en définitive par un fait d'oxydation. L'urée est le terme le plus complet de cette oxydation, et la forme la plus normale que revêtent ces déchets ou produits excrémentitiels des principes azotés.

Mais, par suite de circonstances très diverses, soit par la faute de l'individu lui-même et de son état constitutionnel, soit par la faute de circonstances extérieures, ce degré d'oxydation peut n'être pas atteint; et, en place de l'urée dont la présence, puis l'excrétion, est un fait normal ou physiologique, il se forme des produits à des degrés divers d'oxydation, dont la présence, puis l'excrétion, deviennent des faits anomaux ou pathologiques.

Telles sont les données premières qui peuvent servir de point de départ à la théorie de la goutte.

Voici quels sont leurs aboutissants physiologiques.

On voit se former sous la peau des dépôts d'une matière crayeuse, qui s'ouvrent au dehors et fournissent cette matière d'une manière incessante, comme les infarctus ganglionnaires fournissent incessamment du pus chez les scrofuleux. Cette matière est de l'urate de soude.

Ces excrétions continues de matière tophacée sont relativement rares. Beaucoup plus communs sont des dépôts isolés de semblables matières, qui se résorbent ou deviennent crétacés.

Plus communs encore sont les engorgements intra ou extra-articulaires, passagers ou fixes, arrivant quelquefois à simuler les déformations de l'arthrite noueuse. Les tissus cartilagineux, osseux ou fibreux, qui en sont le siège, sont infiltrés d'urate de soude.

Le caractère typique de la goutte appartient à des arthrites plus ou moins fixes ou mobiles, dans lesquelles les surfaces articulaires se tapissent d'urate sodique.

Les urines charrient en général des matières uratiques, sous forme de sables ou de graviers, ou témoignent au moins d'une acidité exagérée. Les reins eux-mêmes sont souvent obstrués dans leurs éléments canaliculaires par des dépôts uratiques.

L'acide urique se montre dans le sang en proportion sensible, et supérieure à la proportion normale, presque infinitésimale, quelquefois accompagné d'acide oxalique (Garrod).

L'acide urique se retrouve encore dans les produits de sécrétions normales ou de sécrétions artificielles, telles que la sérosité des vésicatoires, etc.

Il est difficile de ne pas chercher une corrélation, sinon immédiate, du moins effective, entre les actes physiologiques et les actes pathologiques, dans les intervalles desquels s'est opérée l'évolution de la goutte, et je pense qu'on peut, en effet, y rencontrer les éléments d'une théorie, incomplète assurément, mais qui paraîtra basée sur des faits bien établis, si l'on ne s'écarte pas de ce que je viens de montrer comme le point de départ et comme l'aboutissant de la pathologie goutteuse.

Ce point de départ est une anomalie physiologique, un *état*, que nous ne pouvons définir que par les conséquences qui en résultent. Cet état par lui-même ne troublerait pas bien profondément le système, car les éléments de nutrition, c'est-à-dire de rénovation des tissus, ne font pas pour cela défaut. Mais c'est par le fait de la présence et de l'excrétion des produits qui en sont l'aboutissant que le système est troublé, et que la maladie se détermine.

M. Bouchard, qui a étudié ce sujet d'une manière très complète, comme tous ceux qui se rattachent à ce qu'il appelle *maladies par ralentissement de la nutrition* et que j'avais appelé moi-même *diathèses par anomalie de l'assimilation des principes immédiats*, oppose à la préexistence de l'acide urique, préexistence aux manifestations extérieures, la faible proportion qu'on en retrouve dans le sang, en regard des quantités considérables constatées dans les produits d'excrétion. Cette remarque est très juste dans un sens.

Le sang ne peut, que dans de très faibles limites, admettre de modifications dans les éléments qui le constituent, ou dans ceux qui s'y interposent, sans devenir immédiatement impropre à la vie. C'est ainsi que dans le diabète, quelle que soit la proportion de sucre que fournisse l'économie, la glycémie ne dépasse jamais une proportion déterminée.

Le phénomène de nutrition anomale ou ralentie, qui soustrait une partie des principes azotés à une oxydation suffisante, n'est pas continu. Ce qui est continu, c'est l'*état*, c'est la diathèse. On peut admettre qu'ici, comme dans la scrofule, il y a des poussées. Ces poussées sont de plus ou moins de durée. Quand les déchets des principes azotés viennent à subir une oxydation insuffisante, ils deviennent des matières étrangères, il faut qu'ils soient éliminés. S'ils s'éliminent naturellement par le rein, c'est alors sans autre dommage. Mais si, en vertu d'une anomalie dont nous ignorons la nature, cette voie ne s'ouvre pas pour eux, ils en suivent d'autres. Ce ne serait donc qu'en vertu d'une erreur de voie excrémentitielle qu'ils se dirigent vers les articulations. C'est là le propre de la maladie *goutte*. Pourquoi? Nous n'en savons rien. Et si une semblable erreur vient à imposer à ces déchets uriques une certaine direction, ainsi vers la périphérie, sous la peau, le système n'en est pas plus ébranlé que s'ils avaient subi leur voie naturelle, l'appareil urinaire.

Je cherche à interpréter les faits tout en sachant bien qu'ils sont beaucoup moins simples, et que l'évolution de la goutte comporte bien d'autres problèmes qui nous échappent. Mais, quelle que soit la part qui reste à l'hypothèse dans ce qui précède, je pense qu'il n'y a rien là d'inadmissible, alors même que la démonstration n'en pourrait être faite.

Tout ce qui vient d'être exposé, et qui me paraît résumer les notions que

nous pouvons appliquer à la théorie de la goutte, se trouve précisément d'accord avec la systématisation qu'il est permis d'assigner aux indications, soit hygiéniques, soit thérapeutiques du traitement de cette maladie.

Activer la nutrition, c'est-à-dire l'oxydation insuffisante ou retardée des principes azotés, telle est la formule précise de ces indications, en tant qu'elles ont en vue la diathèse elle-même.

Cependant cette action profonde et lointaine sur les phénomènes de la nutrition ne doit pas être seule considérée.

Tout individu chez qui les fonctions digestives, cutanée et urinaire s'opèrent d'une manière normale et avec un certain degré d'activité, se trouve le moins exposé possible aux atteintes de la goutte. Et, comme ce sont là des fonctions afférentes au phénomène final de l'assimilation, il est permis d'en conclure que leur intégrité est la première condition préservatrice de la goutte.

Pour ce qui concerne particulièrement la part relative aux fonctions hépatiques, je ne puis mieux faire que de reproduire ce que dit à ce sujet M. Bouchard: « Est-ce dans tous les organes que la matière subit ainsi une élaboration vicieuse? Faut-il accuser particulièrement tel organe, le foie, par exemple? Je me refuse sur ce point à céder aux entraînements du jour, et je ne me trouve pas convaincu par les arguments physiologiques ou cliniques qu'on a invoqués pour placer la goutte dans la dépendance d'un état torpide du foie » (1).

La longue expérience que j'ai de la goutte et des goutteux m'a convaincu que le foie ne joue effectivement aucun rôle essentiel dans aucun des termes de l'évolution de la goutte.

Cependant le ralentissement de la nutrition des principes azotés, pour reproduire l'expression de M. Bouchard, ne se manifeste pas seulement par les expressions significatives que fournit l'excrétion des déchets imparfaits. On a remarqué que certains troubles de la santé, semblables ou analogues à des troubles ayant précédé, ou accompagné, ou suivi ces manifestations typiques, pouvaient survenir en dehors de ces dernières. On a dès lors été porté à les attribuer à des conditions identiques, mais plus ou moins larvées. En d'autres termes, on a admis que le ralentissement de la nutrition donne lieu à des désordres, ou, si l'on veut, à des symptômes autres que ceux que nous voyons se rattacher directement à la présence tangible de déchets imparfaitement oxydés. C'est sur un tel ordre d'idées qu'a été constituée l'*arthritis*.

Il est très vrai qu'il y a des individus qui présentent une tendance à l'*état* dont il s'agit, laquelle imprime une certaine physionomie à leur santé, normale ou altérée. Ils ont une *constitution arthritique*.

Chez d'autres, on observe des actes pathologiques formels qu'on attribue à cette même anomalie de la nutrition. Ils ont une *diathèse arthritique*.

Il ne répugne nullement d'admettre que l'uricémie puisse donner lieu à des désordres autres que ceux qui nous paraissent, dans la goutte et la gravelle, sous la dépendance directe de certaines directions excrémentitielles, alors que ces dernières ne suffiraient pas à débarrasser entièrement le système de ces matériaux inutilisables. C'est ainsi que, dans la glycémie pathologique, le système est troublé par suite de l'existence de sucre non éliminé. Mais les indices significatifs sont plus faciles à recueillir dans la glycémie que dans l'uricémie.

Il y avait donc là un vaste champ ouvert à l'hypothèse. On a observé que certains actes pathologiques, la migraine, l'asthme, par exemple, se montrent fréquemment dans l'uricémie manifeste, et on a en conséquence été conduit à attribuer une pareille origine à la migraine et à l'asthme en général. Mais il a fallu reconnaître aussi que ces mêmes actes pathologiques se reproduisent dans d'autres états constitutionnels. Et, comme le fait tout

(1) Bouchard. *Des maladies par ralentissement de la nutrition*, 1882, p. 273.

éventuel d'oxydations, imparfaites ou retardées, des principes azotés est très commun, et se reproduit passagèrement sous toutes sortes de circonstances accidentelles, on s'est trouvé amené à rattacher la plupart des états constitutionnels et toutes sortes de dérangements de la santé à l'uricémie, ou arthritis, et on a vu partout des arthritiques, et l'arthritis est devenue, en pathologie, une selle à tous chevaux.

Mais la plupart de ces attributions à l'arthritis sont de pure convention, ou ne reposent que sur les données les plus incertaines. J'ai signalé ailleurs le caractère si souvent arbitraire de semblables déterminations, et la nécessité de reprendre sur des bases plus précises l'établissement nosologique des diathèses (1).

On a également une tendance exagérée à attribuer, chez les arthritiques manifestes, à l'arthritis elle-même, tous les actes pathologiques qu'ils peuvent avoir à subir, et qui ne font tout au plus qu'emprunter à l'état constitutionnel quelques traits particuliers. C'est ce qui arrive encore dans la scrofule, où l'on voit les accidents traumatiques eux-mêmes emprunter à l'état constitutionnel des caractères reconnaissables, bien qu'assurément ils ne se soient pas produits sous sa dépendance.

Les mêmes remarques peuvent être reproduites au sujet du diabète, auquel on associe trop facilement toutes sortes de conditions pathologiques qui ne sont que de simples coïncidences (2).

(1) *Dans quel esprit il faut étudier les diathèses,* lecture faite à l'Académie de médecine, 1882.

(2) Cette partie est tirée de la *troisième édition* du *Traité des eaux minérales,* qui vient de paraître.

BIBLIOTHÈQUE

PHÉNOMÈNES NERVEUX, INTELLECTUELS ET MORAUX, LEUR PROPAGATION PAR CONTAGION, in-8° de 400 pages, par M. RAMBOSSON, lauréat de l'Institut, etc., — Librairie Firmin-Didot et Cie.

La contagion des phénomènes nerveux, intellectuels et moraux est à l'ordre du jour et préoccupe toutes les intelligences. Cette contagion comprend les tics nerveux, les maladies épileptiformes, les affections mentales, depuis la folie la plus caractérisée jusqu'au simple égarement du sens commun; l'entraînement au suicide, à l'homicide, aux crimes de toute espèce, etc.

En présentant cet ouvrage à l'Académie de médecine, M. le baron Larrey, de l'Institut, termine ainsi une appréciation des plus flatteuses : « Les recherches attentives, les citations érudites, les vues originales, les faits bien décrits assignent un vrai mérite au nouvel ouvrage de M. Rambosson. « (Compte rendu de l'Académie de médecine). Aucun sujet n'intéresse davantage l'esprit humain ; il touche aux questions les plus graves et les plus élevées.

SUR L'USAGE INTERNE DE LA GLYCÉRINE ET SES EFFETS THÉRAPEUTIQUES, Thèse inaugurale, docteur Ch. TISNÉ.

L'auteur avait remarqué les bons effets que M. le docteur Ferrand obtenait de l'emploi de la glycérine; en 1877, il avait lu un travail de M. Catillon sur le mode d'action de cette préparation; ces circonstances l'ont conduit à rechercher quelle confiance on pouvait avoir dans l'emploi de la glycérine comme médicament. Après des recherches sérieuses sur la matière, il arrive aux conclusions suivantes :

1° La glycérine peut être donnée à l'intérieur à dose thérapeutique sans provoquer d'accidents toxiques;

2° Introduite dans les voies digestives, elle est absorbée sans offenser les muqueuses et ne cause qu'une légère excitation capable de combattre la constipation;

3° La glycérine a, sur la nutrition, une action évidente; elle modifie ou atténue les accidents de la cachexie; son usage est suivi d'une augmentation de poids;

4° Son action sur le foie se manifeste par l'augmentation de cet organe et par un flux biliaire plus abondant;

5° Son action sur les reins se traduit par une diurèse plus abondante, et par l'aug-

mentation de l'urée, des chlorures et des phosphates que l'urine élimine. L'alcalinité des urines semble s'atténuer sous son influence; la purulence, lorsqu'elle existe, est considérablement diminuée.

JOURNAL DES JOURNAUX

L'épidémie de fièvre typhoïde de Namur, par M. le docteur Bribosia. — Dans cette épidémie locale, on a pu suivre la propagation de la fièvre typhoïde. Une jeune fille revient de vacances dans un pensionnat de Namur et le lendemain présente les symptômes de début d'une fièvre typhoïde. Aucune affection semblable n'existait dans la localité et l'enfant venait de la campagne. Quarante-huit heures après, deux autres élèves sont atteintes. Le surlendemain, on constate trois nouveaux cas et, en moins de quinze jours, onze personnes étaient frappées. Ces jeunes filles couchaient dans le même dortoir; les selles n'étaient pas désinfectées. Le douzième jour, les malades furent isolées, l'atmosphère et les latrines désinfectées. Aucun nouveau cas ne survint depuis cette époque ni dans l'établissement, ni dans le voisinage.

M. Bribosia signale à l'Académie de médecine de Bruxelles une autre épidémie à Vonèche, village dont les eaux potables sont souillées par des fumiers et des purins. Il en conclut en demandant une exacte préservation des eaux potables contre toute contamination et se déclare partisan de l'origine fécale de la dothiénentérie. (*Bull. Acad. de médecine de Belgique*, p. 139, n° 2; 1882.) — L. D.

Du coma diabétique, par les docteurs Forster et Saundby. — Les conclusions de ce mémoire sont les suivantes: 1° Le coma diabétique survient habituellement dans les formes aiguës et chez les jeunes sujets; de là, le danger de la constipation opiniâtre, de l'exercice musculaire exagéré et des refroidissements. 2° La réaction de l'urine avec le chlorure de fer est un des signes prémonitoires du coma, ainsi que le ralentissement de la respiration, l'accélération du pouls et des douleurs abdominales. 3° La cyanose peut faire défaut pendant l'attaque de dyspnée et seulement précéder la mort de quelques instants. Il en est de même des convulsions qui se montrent assez souvent dans cette période. 4° D'après les auteurs, la théorie pathogénique la plus satisfaisante est celle de l'auto-intoxication par une substance quelconque, acétone ou autre, accumulée dans le sang. (*Birmingham Medical Reviero.* Janvier 1883, p. 45.) — L. D.

Du naphthol dans les affections de la peau, par Kaposi. — On doit éviter d'employer ce médicament sur les surfaces dénudées de leur épithélium et sur toute l'étendue du corps. Dans l'eczéma, il n'est utile que dans la période de desquamation, quand les régions malades ne sont plus vivement colorées. Dans la gale, une application de naphthol, combinée avec l'emploi du savon, suffit pour amener souvent la guérison. On obtient encore de bons résultats de son usage contre l'acné, surtout contre les affections cutanées parasitaires, telles que la teigne et l'herpès tonsurant. Les pédicules disparaissent après des onctions avec une solution huileuse de naphthol à 10 p. 100. (*Prager Med. Wockens,* n° 33, 1882.) — L. D.

Des vomissements périodiques, par Leyden. — Dans la plupart des cas observés par l'auteur, les vomissements étaient dus à des maladies nerveuses et en particulier à l'ataxie locomotrice. Mais, parfois aussi, on ne pouvait les attribuer à cette affection. Ils se montraient chaque jour, mais irrégulièrement, débutaient tout à coup et étaient accompagnés de nausées, d'une vive épigastralgie, d'intolérance absolue de l'estomac, de constipation opiniâtre. L'urine était tantôt abondante, tantôt aussi diminuée de quantité et le pouls fréquent, mais sans symptômes fébriles.

Après la cessation de la crise, le malade tolérait les aliments, possédait de l'appétit et sa digestion était normale. La morphine et la glace ont été employées pour combattre ces crises, et le traitement moral pour en prévenir le retour. (*Zeitschrift für clin. Med.*; 1882, t. IV.)

De la franklinisation, par le docteur Drosdoff. — L'électricité statique a été employée par ce médecin dans les névralgies de causes diverses et le rhumatisme musculaire. Le générateur statique était la machine de Goltz et la durée de chaque séance de cinq à quinze minutes. Il résulte de ces observations : 1° que la sensation du courant statique diffère de celle du courant galvanique et consiste, suivant son intensité, dans un fourmillement ou dans un choc; 2° que la peau rougit au point d'application de la franklinisation et que cet érythème est passager; 3° que le cœur bat moins vite, que le pouls est plus lent, la respiration plus profonde, la sécrétion urinaire plus abondante; 4° que dans

les régions malades on observe : la diminution ou l'abolition de la douleur après les séances. Parfois cette douleur ne reparaît plus et on a pu, en huit ou dix séances, guérir des névralgies rebelles depuis douze années. *(Vratch,* nº 8, 1882, et *The Med. Record,* 10 nov. 1882.) — L. D.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT DU 9 AU 14 JUILLET 1883

Lundi 9 et mardi 10, pas de thèses.

Mercredi 11. — M. Leblond : Etude physiologique et thérapeutique de la caféine. (Président, M. Béclard.)

M. Bovet : Contribution à l'étude de la dysphagie chez les tuberculeux. (Président, M. Potain.)

M. Jeanne : Essai sur la gastro-entéralgie anémique des pays chauds. (Président, M. Potain.)

Jeudi 12. — M. Barbolain : Etude sur l'eau oxygénée. (Président, M. Laboulbène.)

M. Capelle : Contribution à l'étude de l'intoxication saturnine. (Président, M. Laboulbène.)

M. Loysel : Contribution à l'étude de l'oxygène appliqué au traitement de l'asphyxie et de certains empoisonnements. (Président, M. Peter.)

M. Doillon (Georges) : Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de peptone mercurique-ammonique. (Président, M. Brouardel.)

M. Bazin : Contribution à l'étude des arthrites dans la fièvre typhoïde. (Président, M. Brouardel.)

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'OPHTHALMIE BLENNORRHAGIQUE. — M. GUNN.

Si un seul œil est affecté, on protège l'œil sain au moyen de l'appareil de Buller, et on maintient constamment sur l'organe malade des compresses glacées. De trois à six fois dans les vingt-quatre heures, on instille entre les paupières une solution de sulfate de zinc (0 gr. 10 cent. pour 30 gr. d'eau). Chaque jour, on retourne les paupières, et on les touche avec une solution de nitrate d'argent (1 gr. p. 300 gr.). Régime ordinaire, tonique au besoin. S'il existe un trouble dans la cornée, avec ou sans ulcération, on remplace les compresses par des lotions froides de têtes de pavots, et on instille six fois par jour quelques gouttes d'une solution de sulfate d'ésérine (0 gr. 10 cent. pour 30 gr. d'eau distillée). On abandonne le sulfate de zinc, ou bien on a recours à une solution plus faible ; on touche encore la conjonctivite palpébrale, mais avec précaution. Plus tard, lorsque la suppuration est presque tarie, on ne touche plus les paupières qu'une fois tous les deux ou trois jours, et on arrête progressivement le traitement. L'effet de l'ésérine sur les ulcères profonds blennorrhagiques est des plus marqués. — N. G.

COURRIER

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL. — Le concours pour deux places de médecin du Bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Letulle et Chauffard.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Voici les questions données jusqu'à ce jour pour les candidats de la section d'anatomie et physiologie (leçon d'une heure après vingt-quatre heures de préparation) :

M. Reynier : Structure de la peau ; des sécrétions cutanées. — M. Variot : Les cavités du cœur ; de la circulation intra-cardiaque. — M. Sadler : Du tissu érectile chez l'homme et chez la femme (s'est retiré du concours). — M. René : La cavité thoracique ; phénomènes mécaniques de la respiration. — M. Demon : Les voies spermatiques ; de la spermatogénèse. — M. Debierre ; Les méningés ; le liquide encéphalo-rachidien.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les candidats au cinquième examen de doctorat sont prévenus qu'ils subiront leur examen dans la semaine du 16 au 21 juillet 1883. Des séries spéciales seront organisées le matin.

Nécrologie. — Nous apprenons par les journaux quotidiens que le docteur Kastus vient de mourir à Hyères, à l'âge de 43 ans.

Ancien rédacteur du *Lyon Médical*, professeur adjoint à l'Ecole de la Martinière, le Dr Kastus, vaincu par la maladie, fut obligé, il y a quelques années, de quitter sa chaire, d'abandonner sa clientèle et d'aller demander à un climat hospitalier le rétablissement de sa santé. Il passait l'hiver à Hyères et l'été aux eaux d'Allevard. Chaque année, de nombreux clients allaient faire appel à l'expérience du médecin malade, et en revenaient sinon guéris, du moins heureux d'avoir trouvé un médecin qui comprenait bien leurs souffrances. Notre confrère a succombé sous la double influence de la maladie et du labeur auquel il était condamné par les exigences de la vie. Kastus était modeste, instruit et aimé de tous ses collègues.

— Par suite du décès du docteur Prungé, d'Ardentes (Indre), le poste qu'il occupait serait cédé à un jeune praticien. Nombreuse clientèle. Beau site. Belle maison avec jardin à vendre ou à louer. S'adresser à Déols (Indre) ou à Ardentes, à M. Prungé ou à M. Rousse, frère et neveu du défunt.

Faculté de médecine de Paris. — La seconde question de l'épreuve orale de pathologie, pour le concours du prosectorat, a été : « Les plaies de l'intestin ; » candidats : MM. Pousson, Tuffier, Michaux et Ricard.

L'épreuve pratique d'histologie a eu lieu le vendredi 29 juin, à midi, au laboratoire des cliniques de l'Hôtel-Dieu.

— Le Conseil municipal de Paris vient d'émettre le vœu qu'il soit créé deux écoles-dispensaires pour les enfants rachitiques ou difformes, dans deux des arrondissements les plus populeux de Paris ; que ces établissements soient placés sous la direction d'un chirurgien des hôpitaux ; que l'enseignement soit confié à des institutrices laïques ; que l'administration de ces écoles-dispensaires soit attribuée à l'Assistance publique.

Concours. — La composition écrite du concours pour les prix à décerner aux élèves internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 3 novembre 1883, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de une à trois heures, du 20 juillet au 14 août inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours de la première division (internes de troisième et de quatrième années) devra être déposé au secrétariat général, conformément au règlement, avant le 15 août, dernier délai.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 9 juillet 1883, à quatre heures très précises, au Palais de Justice (salle d'audiences de la 5e chambre du tribunal civil).

Ordre du jour : I. Suite de la communication de M. Brouardel, sur les vulvites. — II. Suite du rapport de M. Penard sur les travaux de la Société médico-légale de New-York. — III. Discussion sur la question de savoir si les pharmaciens sont autorisés à exécuter plusieurs fois la même prescription sans nouvelle ordonnance d'un médecin. — IV. Communication de M. Braun, sur un cas assez rare d'intoxication saturnine. — V. Les aliénés et la sécurité publique.

— Notre édition pour 1883 de l'*Annuaire des Eaux minérales de la France et de l'étranger* est en vente à la librairie Gauthier-Villars et à la librairie médicale et scientifique de Jacques Lechevalier, rue Racine, 23. Ce volume, bien connu de nos lecteurs, contient la nomenclature, complétée chaque année, des stations françaises avec l'indication de la nature des sources, de leur température, de leurs propriétés chimiques et thérapeutiques, des ressources et de l'installation des établissements. Il renferme de plus, à partir de cette année, une bibliographie des publications anciennes et actuelles sur les eaux minérales, des notions sur les stations les plus recherchées, et des renseignements pratiques, service des chemins de fer, annonces spéciales, etc.

Le gérant : G. Richelot.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Hospice de la Salpêtrière. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Le Délire des Persécutions (1).

Leçon clinique recueillie par G. CRESPIN, interne des hôpitaux.

Les considérations dans lesquelles nous sommes entré relativement aux persécutés actifs et aux persécutés passifs, vont vous permettre de comprendre aujourd'hui ce qu'il faut entendre par le *Délire à deux et à trois personnes.* Lorsque dans une famille vous trouverez deux personnes atteintes du délire des persécutions, vous devrez vous demander si l'un des malades n'a pas communiqué sa folie à l'autre. Les persécutés jouissent en effet, parfois, du triste privilège de convertir à leur délire les gens les plus intimes de leur entourage, à la condition que ces gens soient des prédisposés en quête d'une occasion, suivant l'expression du professeur Lasègue.

Dans les cas de véritable délire communiqué, vous remarquerez que généralement l'un des malades domine l'autre, que celui-ci n'est que l'écho affaibli de celui-là, que le premier est intelligent et que le second est faible d'esprit. En un mot, l'un est le persécuté actif, l'autre le persécuté passif : le premier a créé le délire et l'a imposé progressivement au second. Ces deux malades ne sont pas également faciles à reconnaître, car, tandis que le persécuté actif vous fait part de toutes les idées qui l'obsèdent, ou bien se renferme dans un mutisme absolu qui n'est pas moins significatif, le persécuté passif, au contraire, vous échappe souvent : raisonnable à demi et raisonnant beaucoup, il voudra vous convaincre de la réalité des faits qu'il affirme ; néanmoins ses convictions demi-motivées seront loin d'être aussi inébranlables que les véritables conceptions délirantes.

Pour que la folie puisse se communiquer, il faut que certaines conditions spéciales se trouvent réalisées. D'abord, comme nous l'avons dit, il est nécessaire que l'un des sujets ait une intelligence peu développée, qu'il se laisse très facilement influencer par les personnes qui l'approchent. De plus, il faut que les deux individus vivent pendant un certain temps ensemble dans le même milieu, ayant la même existence, partageant les mêmes intérêts, les mêmes craintes et les mêmes espérances. Enfin le délire doit avoir un caractère de vraisemblance et se maintenir dans les limites du possible. En effet l'individu faible d'esprit qui vit avec un aliéné, n'arrive à adopter les idées maladives de celui-ci, que si ces idées ne sont pas trop déraisonnables ; il résiste d'abord pendant un certain temps, et la persuasion n'entre que progressivement dans son esprit. Il réagit d'ailleurs à son tour sur l'aliéné dans une certaine mesure pour rectifier et coordonner le délire qui leur devient alors commun et que tous les deux traduisent à peu près dans les mêmes termes.

La folie à deux se produit toujours dans les conditions que nous venons d'indiquer : toutes les observations présentent des caractères à peu près analogues. Les femmes, en raison de leur nature impressionnable, constituent souvent l'élément passif du délire à deux. Tantôt, c'est la fille qui épouse toutes les aberrations d'esprit de son père, tantôt c'est la sœur qui subit les préjugés et les craintes de son frère. Il n'est pas jusqu'aux hallucinations de l'ouïe, du goût et de l'odorat qui ne soient parfois partagées. Dans les cas où il s'agit de deux personnes appartenant à la même famille, on pourrait faire intervenir l'hérédité comme cause prédisposante, mais

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 juillet.

cette cause ne saurait être invoquée lorsqu'il n'existe pas de lien de parenté entre les malades, par exemple lorsque la folie se produit entre le mari et la femme, entre la maîtresse et la domestique.

Vous allez pouvoir constater toutes les circonstances en vertu desquelles naît et se développe le délire à deux, dans l'observation suivante rapportée par M. Lasègue :

La nommée X..., 66 ans, sage-femme, vivait très pauvrement avec sa fille âgée de 28 ans dans une ville de province. Expulsées de leur demeure pour défaut de payement, les deux femmes partent pour Paris, grâce à un don de 40 francs qui leur est fait, et descendent dans un petit hôtel où elles sont reçues avec la plus grande bienveillance par la maîtresse d'hôtel. Quel mobile avait donc pu pousser ces deux provinciales à entreprendre un pareil voyage? L'interrogatoire de la fille X... va nous l'apprendre : elle prétend qu'il existe quelque part une *succession Dubois*, dont le chiffre est *conséquent*, et qui devait revenir à l'un de ses parents, ancien gendarme. Ce parent avait, dit-on, rassemblé tous les papiers concernant l'affaire, mais la mort était venue le surprendre avant qu'il eût pu la régler.

Il s'agissait donc de retrouver les papiers ; or l'ancien gendarme en mourant, avait, paraît-il, laissé un testament, qui, sans aucun doute, donnait tous les renseignements relatifs à la succession ; mais ce testament n'avait jamais été communiqué, probablement parce que quelqu'un avait intérêt à soustraire les pièces. Ce quelqu'un est un nommé R..., que la malade suppose séminariste, et qui aurait répondu à une personne venue pour lui parler de la succession cette phrase énigmatique : « Allez connaître .» Evidemment ce R... a dû hériter le premier ; le clergé est mêlé dans l'affaire : « J'y suis soustraite, disait la malade, par la faute des prêtres .» La mère, qui accepte sans discuter tout ce que dit sa fille, partage toutes les idées et toutes les espérances de celle-ci ; néanmoins, elle ne joue que le rôle secondaire ; elle se perd dans le récit de son aventure, tandis que la fille qui est l'aliénée active, n'oublie aucun des détails du *complot*. La maîtresse d'hôtel, dont la bienveillance à l'égard des deux femmes s'explique probablement par l'espoir qu'elle avait de participer à leur héritage, paraît avoir subi l'influence de ce délire qui serait peut-être devenu une folie à trois, si les relations avaient été de plus longue durée. Toute cette histoire si bien racontée par la fille X..., qui a communiqué sa conviction à sa mère, repose sur des propos vagues et incohérents ; il n'existe ni succession Dubois, ni procès, ni papiers à l'appui.

J'ai observé à Auteuil un fait bien curieux de délire communiqué de maîtresse à domestique. La dame à laquelle je donnais des soins se prétendait persécutée par les *membres de la corporation du soleil*. Cette femme habitait quelque temps avant près de l'Observatoire, et là les gens de la corporation la mouchardaient et *rapportaient à Rome tout ce qu'elle faisait*. C'est pour ces raisons qu'elle était allée habiter Auteuil, dans une maison faisant un *renfoncement*; mais, malgré ces précautions, elle ne tarda pas à se figurer que les astronomes, avec des *télescopes marins et électriques*, pouvaient l'apercevoir à travers les murailles. Elle n'osait plus aller à la selle parce que ses persécuteurs disposaient d'instruments tellement puissants qu'ils la voyaient à une distance énorme. Cette dame avait une domestique de 35 ans environ, très peu intelligente, qui, ayant vu naître progressivement toutes les erreurs et toutes les craintes de sa maîtresse, en vint bientôt à croire à toutes les vexations de l'Observatoire. Les deux femmes passaient leurs journées à tirer les cartes, *pour cabalistiser les chapeaux pointus et les aragotistes*. La maîtresse était la persécutée active; la domestique, qui acceptait toutes les appréhensions de celle-ci, était la persécutée passive. Il n'y avait pas à hésiter. Je fis placer la première dans un établissement spécial, et la domestique fut envoyée en Auvergne dans sa famille, et je ne doute pas que cette dernière ne soit aujourd'hui parfaitement rétablie. — J'ai vu à Bicêtre deux frères jumeaux qui avaient les mêmes per-

sécutions imaginaires, les mêmes hallucinations de l'ouïe. Ces deux jumeaux offraient la même attitude, s'agitaient et tombaient en stupeur aux mêmes époques; mais l'un d'eux avait des idées de suicide, tandis que l'autre ne manifestait aucune tendance à la mort volontaire. — Deux sœurs, examinées par M. Moreau (de Tours), croyaient que leurs pensées et leurs actes étaient influencés au moyen de l'électricité; elles étaient toutes les deux, disaient-elles, en relation avec un génie, *M. Duplafon*, qui leur donnait des avis sur tout ce qu'elles devaient faire.

Quelquefois, mais plus rarement, il m'a été donné d'observer des exemples de délire à trois personnes. J'ai connu dans une famille une mère et les deux fils, dont les idées de persécution, les craintes d'empoisonnement et les idées de grandeur étaient en tout point analogues; les deux fils tenaient leur prédisposition de leur mère.

Dans tous ces cas de délire communiqué, vous aurez soin de séparer les malades, car si celui qui a créé le délire guérit assez rarement, il n'en est pas de même du second, le persécuté passif, qui, ne vivant plus dans le même milieu, verra son état s'améliorer de jour en jour. Ce second malade est d'ailleurs généralement moins fortement atteint que le premier; aussi conseillerez-vous de ne pas l'enfermer, tandis que vous prescrirez la séquestration pour le persécuté actif.

Les faits qui précèdent suffiront, je l'espère, pour faire comprendre le délire à deux, et pour vous indiquer la conduite à tenir vis-à-vis des malades qui seront soumis à votre examen. Je veux maintenant vous dire un mot de la transmission par hérédité du délire des persécutions, car les familles préoccupées à juste titre de la question de savoir si les enfants d'un persécuté seront eux-mêmes des persécutés, viendront fréquemment, à l'occasion de mariages projetés, vous demander votre avis.

Or, Messieurs, il ne faut pas croire, parce que l'on a eu l'un de ses ascendants directs en proie au délire des persécutions, que l'on doive soi-même être frappé de la même manière; mais l'on est prédisposé à la folie. Nous savons aujourd'hui, d'une façon certaine, que les névroses se transforment; aussi suis-je amené à dire que le fils d'un persécuté, s'il est prédisposé à la folie, ne deviendra pas, au moins dans la très grande majorité des cas, un persécuté lui-même. Tel individu, par exemple, ayant un père persécuté, pourra parcourir une longue existence sans le plus léger signe d'insanité, mais qu'une occasion fortuite se présente, et vous verrez cet homme, en vertu des transformations possibles du délire, devenir tout aussi bien maniaque, faible d'esprit ou épileptique, que persécuté et paralysé général. Si les névroses se transforment en se propageant de génération en génération, je dois constater que la tendance au suicide se transmet d'une façon vraiment déplorable; des familles entières disparaissent de cette manière. Quelques faits probants me permettent de penser que le délire des persécutions, lorsqu'il s'accompagne d'idées de suicide, se transmet plus fréquemment que dans les autres cas, et exerce une influence beaucoup plus grave sur la descendance du malade.

J'en resterai là, Messieurs, de ces quelques considérations sur la folie communiquée et sur la transmission du délire, et je vais aborder immédiatement la question du diagnostic qui exige quelques développements :

Lorsque le délire des persécutions est nettement isolé, comme dans les nombreuses observations que nous avons rapportées, vous ne sauriez le confondre avec la mélancolie avec stupeur; car la circonscription du délire, dans le premier cas, sa généralisation, dans le second, dissiperont toute espèce d'hésitation sur le diagnostic. Mais il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit, par exemple, de différencier des idées de persécution qui se rencontrent chez les alcoolisés. En effet, dans l'alcoolisme subaigu, si bien décrit par le professeur Lasègue, le malade se croit souvent poursuivi par des ennemis, et présente parfois des tendances de suicide. Mais vous allez voir que, si les idées qui constituent la base du délire sont analogues

dans les deux cas, leur mode de manifestation diffère néanmoins très sensiblement. Remarquez bien, en effet, que le persécuté raconte toujours des choses passées qui lui sont arrivées, et qui éveillent en lui des idées tristes, mais exemptes de terreur. L'alcoolisé, au contraire, est terrifié par les menaces qu'on profère contre lui, et se croit sous le coup des plus épouvantables châtiments. M. Lasègue le compare à un prévenu, tandis que le persécuté serait le condamné. De plus, vous vous rappelez que, dans le délire des persécutions, l'absence d'hallucinations de la vue est la règle; le malade entend des gens qui l'insultent dans la rue, ou qui viennent le menacer pendant la nuit; mais il ne les voit pas et ne cherche pas à les voir. Dans l'alcoolisme subaigu, le tableau change : des hallucinations de la vue les plus mobiles et les plus étranges constituent l'un des symptômes les plus ordinaires. L'alcoolisé voit des animaux qui viennent l'attaquer, des cadavres et des spectres qui le glacent d'effroi; il s'imagine que les murs de sa chambre s'entr'ouvrent et qu'il en sort des fantômes; il aperçoit des incendiaires qui viennent mettre le feu chez lui, ressent des brûlures et des secousses électriques. Enfin, tandis que chez le persécuté le délire se limite et se rapporte toujours au même ordre d'idées, chez l'alcoolisé les impressions sont fugaces et incohérentes, et se succèdent souvent les unes aux autres avec la plus grande rapidité. En résumé, Messieurs, lorsque vous constaterez des persécutions de l'ordre moral, telles que calomnies, complots, machinations, avec hallucinations de l'ouïe et circonscription du délire sans caractère de bizarrerie, vous diagnostiquerez le délire des persécutions; si, au contraire, vous avez affaire à des persécutions physiques terrifiantes accompagnées d'hallucinations de la vue et de l'ouïe, à un délire étrange et très mobile, vous penserez à l'alcoolisme subaigu. La question pourra devenir un peu plus compliquée si un malade atteint du délire des persécutions présente en même temps un accès d'alcoolisme; cependant, le plus souvent, il vous sera très facile de distinguer ce qui est dû au délire propre et ce qui tient à l'action toxique.

Vous aurez quelquefois aussi à faire le diagnostic du délire des persécutions avec les persécutions séniles. Le vieillard qui, à la suite d'une hémorrhagie ou d'un ramollissement, par exemple, est tombé dans cet état qu'on a appelé la démence sénile, présente des modifications intellectuelles portant principalement sur la mémoire; ses paroles sont décousues et incohérentes, et traduisent bien la dissociation de ses idées. C'est alors que peuvent se montrer chez lui quelques conceptions délirantes. Il a des terreurs fréquentes pendant la nuit, s'imagine qu'on veut le voler ou le tuer; ou bien il se croit compromis et craint de passer en jugement. Il a des visions nocturnes effrayantes, et ce seul fait suffirait à affirmer que les idées de persécution de ce dément sont bien différentes du véritable délire des persécutions. Si vous y joignez l'incohérence des idées et la perte de mémoire, vous aurez tous les éléments voulus pour éviter toute espèce d'erreur.

Le diagnostic est également assez facile à faire, lorsqu'on se trouve en présence soit d'un délirant partiel avec des idées de grandeur, soit d'un paralysé général, qui, dans la deuxième période, surtout, peut avoir des idées de persécution. Le paralysé général, comme l'a bien signalé M. Ach. Foville, ne peut se croire des droits à la richesse ou se figurer qu'il appartient à une famille illustre, sans souffrir de la modeste position qu'il occupe et sans être attristé de l'exiguïté des ressources dont il dispose. Alors il s'imagine être victime des poursuites d'ennemis puissants, et il se forge un système, de délire de persécutions qui est secondaire aux idées de grandeur et qui en est la conséquence. L'apparition successive des idées de grandeur d'abord, puis des idées de persécution; de plus, la constatation des hallucinations de la vue, des troubles de la motilité et de la parole, vous empêcheront de vous méprendre sur la nature de l'affection.

Enfin, Messieurs, je dois encore appeler votre attention sur les idées de

persécution qui se montrent parfois chez les faibles d'esprit. Ces individus à idées bornées ont essuyé beaucoup d'échecs dans le monde et se sont attiré des mésaventures de toutes sortes. En même temps égoïstes et orgueilleux, ils ne parlent que de leurs mérites et font constamment l'éloge de leurs capacités; bien loin d'abandonner la haute opinion qu'ils ont d'eux-mêmes, ils en arrivent à cette conclusion toute naturelle que des ennemis leur en veulent, que les autres sont jaloux d'eux et qu'ils sont victimes de leur propre mérite. A partir de ce moment, ils entretiennent tout le monde des prétendues persécutions qu'on dirige contre eux, et deviennent des gens très dangereux, susceptibles de lancer les plus infâmes calomnies et de faire du scandale en public. Vous reconnaîtrez facilement ces malades si vous observez que leur affaiblissement intellectuel est très appréciable, et qu'une perversion iustinctive les pousse à calomnier sans cesse leurs parents et leurs amis. Mais il y a un trait commun entre ces malades et les véritables persécutés, c'est que la plupart d'entre eux sont à la fois persécutés et persécuteurs.

Telles sont, Messieurs, les différentes maladies mentales qu'il faudra distinguer du délire des persécutions. Vous voyez que si le plus souvent le diagnostic de ce délire présente peu de difficultés, il y a néanmoins quelques causes d'erreur que vous saurez désormais éviter.

Le délire une fois bien reconnu, quelle devra être la conduite du médecin, autrement dit, quel traitement convient-il de faire suivre aux persécutés? Vous savez déjà que l'on guérit environ 20 persécutés sur 100, tandis que, d'une façon générale, les aliénés guérissent dans la proportion de 40 p. 100. C'est vous dire que la thérapeutique a bien peu d'influence sur le délire des persécutions; cependant je suis convaincu que si les médecins et les familles consentaient à abandonner toutes les erreurs traditionnelles, on arriverait rapidement à atteindre une moyenne de guérisons baucoup plus élevée.

Lorsque vous aurez à traiter l'un de ces aliénés, ne vous laissez pas influencer par les idées fausses répandues dans le monde. Vous entendrez dire à chaque instant : Si ce malade a du délire, c'est qu'il est congestionné; donc il faut l'affaiblir. Et alors de restreindre l'alimentation, de prodiguer les purgatifs, d'interdire les toniques et les excitants, d'ordonner des saignées et des vésicatoires. En agissant ainsi, vous pourrez satisfaire les préjugés des familles; mais, suivez votre malade, vous allez bientôt voir ses forces diminuer et ses idées délirantes devenir de plus en plus violentes. Je puis vous dire en toute certitude que la méthode débilitante rend la maladie très rapidement incurable et occasionne fréquemment la mort.

Il est un autre système qui jouit également d'une très grande faveur. Lorsqu'un malade présente des phénomènes d'excitation assez marqués, qu'il commence à accuser une véritable perversion des sentiments affectifs ou qu'il devient porté à des mouvements impulsifs d'un caractère dangereux pour son entourage, on conseille généralement de prescrire l'hydrothérapie. Mais si l'hydrothérapie donne parfois de bons résultats, il arrive bien souvent au contraire que les douches ne font qu'exaspérer le malade et le rendre plus irritable et plus violent, ce qui peut entraîner les conséquences les plus funestes pour lui-même et pour les autres. Vous n'emploierez donc pas, Messieurs, cette médication.

J'ai vu quelquefois le tartre stibié donner des résultats très satisfaisants quand on l'administre pendant deux à trois semaines à la dose de 30 à 50 centigrammes tous les deux jours, ou bien quand on le fait prendre tous les jours à faible dose : ces deux modes d'administration jouissent d'une grande réputation en Allemagne. Sans doute l'émétique peut quelquefois amener des guérisons surprenantes ; mais je vous recommande cependant de ne l'employer que dans quelques cas particuliers, car ce médicament peut déterminer de l'adynamie, de la diarrhée, des craintes d'empoisonnement.

Quelques médecins veulent lutter par le raisonnement contre les idées de persécution. Ils discutent avec le malade, lui apportent les témoignages d'amis sincères, des lettres, des certificats pour lui démontrer l'inanition de ses craintes ; mais alors le persécuté ne pouvant douter de l'évidence des pièces qu'on lui présente, ne tardera pas à dire au médecin : « Je vous connais maintenant : vous vous entendez avec eux, vous finirez mal.» Ne discutez donc jamais avec l'aliéné.

Je ne vous parlerai que pour mémoire de cette thérapeutique fantaisiste des gens du monde qui consiste à dire qu'en déterminant de fortes secousses morales, on peut obtenir la guérison. Pour vous, Messieurs, vous saurez vous inspirer des difficultés de la situation dans les cas que vous aurez à traiter. Il n'y a pas de règle générale à formuler : tout est une question d'espèces. Je mentionnerai simplement ici la nécessité, indispensable à un moment donné, de faire sortir le malade du milieu dans lequel il se trouve : pour lui, la vie régulière, les occupations artistiques, la musique, les promenades, les voyages seront les meilleurs moyens de guérison. Mais laisser le malade seul et inoccupé, livré au désœuvrement et tout entier à ses craintes, c'est continuer les errements du passé et par suite aggraver le mal. *A suivre.*

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

Le 5 juillet on a compté 110 décès cholériques à Damiette, 32 à Mansourah, 16 à Samanoud, 1 à Alexandrie. A cette date, l'épidémie occupait le pays sur 68 kilomètres en longueur et 35 kilomètres en largeur. Elle venait d'envahir Kaïr-Cheik et Dessouk, villages voisins de Damanhour sur le bras du Nil qui va à Rosette.

Le 6 juillet il y a eu 72 décès à Damiette (population : 34,046 habitants), 50 à Mansourah (population 26,784 habitants), 15 à Menzaleh, 9 à Samanoud et 3 à Chirbine. Quelques cas ont été constatés à Tentah (33,725 habitants) et au Caire (368,000 habitants). La mortalité élevée de Menzaleh, petit village entre Port-Saïd et Damiette, au bord du lac du même nom, est due à l'immigration de nombreux habitants de Damiette.

Le 7 juillet on a constaté 117 décès cholériques sur 156 cas, et l'épidémie vient de se manifester à Fouah, près du lac d'Edko, mais d'autre part elle est en décroissance à Damiette, à Chirbine et dans les villages voisins, et toute la population a été dispersée.

Au récit des voyageurs débarqués à Marseille et venant d'Egypte le gouvernement khédivial dissimulerait le nombre exact des morts ; c'est ainsi que les deux premiers décès cholériques de Port-Saïd sont du 25 juin et n'ont été connus que le 28. De plus les cordons sanitaires sont insuffisants et les fugitifs les franchiraient aisément autour de Port-Saïd. Voici, d'après le journal du matin, le rapport sommaire de la commission médicale envoyée à Damiette pour constater la nature de l'épidémie :

« Les soussignés, membres de la Commission mixte chargée de se réunir à Damiette « pour y étudier la maladie qui s'y est manifestée ces jours derniers, après nous être réunis « dans ladite localité et avoir examiné un assez grand nombre de malades et de décédés « et avoir pratiqué une autopsie, sommes unanimement d'opinion que les symptômes « présentés par ces malades sont ceux du choléra.

« Vu la marche rapide de la maladie, la forme presque foudroyante de quelques cas, « l'extension qu'elle prend dans la ville en dehors du foyer primitif, nous sommes d'avis « que cette affection présente les caractères du choléra épidémique. »

Signés : Ferrari, Animos, Grant, Zambaco, Ardouin, Winkler, Hamai, Chaffey-Bey, Dacorogna-Bey, Harraoud.

Hier on a dû refuser l'entrée des Dardanelles à deux navires égyptiens, le *Charkieh* et le *Dakahlié* encombrés de passagers qui étaient empilés dans l'entrepont et dans les plus mauvaises conditions d'hygiène. Pendant que le gouvernement turc se montre aussi justement sévère, on est tolérant à Liverpool, et, le 8 juillet, on a autorisé dans ce port la libre pratique des vapeurs *Fabiasi* et *Marestis*, venant d'Alexandrie avec patente brute. Cette tolérance anglaise ne doit pas surprendre.

Les mesures quarantainaires sont maintenant généralisées à la presque totalité du continent européen. La Prusse, la Russie, le Portugal viennent de les prescrire pour toutes les provenances de l'Egypte, du canal de Suez et du littoral ottoman.

Le gouvernement roumain fait préparer les lieux de quarantaine de Sulina, Kustendje

et Guergewos. Au besoin, il doit établir un cordon sanitaire du côté de la Bulgarie dans la presqu'île de la Drobrudja.

A Paris, vendredi dernier, le Conseil d'hygiène publique a nommé une commission chargée de compléter et de reviser les instructions de 1865 et 1874. Composée de MM. Pasteur, Loiseau, Dujardin-Beaumetz, Lagneau, Bouchardat et Bourgoin, cette commission s'est réunie hier matin, lundi, et nous tiendrons nos lecteurs au courant de ses délibérations. — C. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 juillet. — Présidence de M. Guéniot.

Sommaire. — Présentations. — De l'ovariotomie dans les cas de kystes ovariques inclus en partie dans les ligaments larges. — Rapport sur une observation d'extirpation de lipome de la langue chez un tuberculeux. — Présentation de malade : Amputation de la cuisse chez un tuberculeux.

M. Verneuil présente, au nom de M. le docteur Coutaret (de Rouen), un ouvrage intitulé : *Vingt-cinq ans de chirurgie à la ville et à la campagne.*

M. Polaillon présente, de la part de M. le docteur Aragon, un travail intitulé : *Etude sur les angiomes des muqueuses, en particulier de la muqueuse de la langue.*

M. Terrier demande la parole à l'occasion du procès-verbal et de la communication faite par M. Terrillon, dans la dernière séance, sur la conduite à tenir par le chirurgien dans les opérations d'ovariotomie lorsque les kystes ovariens sont inclus en partie dans les ligaments larges.

Nous nous sommes borné, dans notre dernier compte rendu, à mentionner en quelques mots la communication de M. Terrillon, nous réservant d'y revenir à l'occasion de la discussion dont elle devait être l'objet à la séance suivante, et pour laquelle plusieurs membres s'étaient fait inscrire.

La pensée de M. Terrillon, en faisant cette communication, a été de présenter un travail d'ensemble sur une question qui lui paraissait insuffisamment étudiée, et d'établir quelques règles de conduite au point de vue du manuel opératoire, dans les cas où les kystes ovariques sont enclavés dans les ligaments larges.

Son travail repose sur trois observations d'ovariotomie pratiquée dans des cas de ce genre et qui ont présenté des difficultés particulières. De ces trois cas, deux ont été suivis de guérison, la troisième opérée est morte de péritonite purulente.

Parmi les kystes de l'ovaire développés dans le ligament large (kystes dont il faut distinguer les tumeurs para-ovariennes), les uns sont pédiculés et facilement énucléables, les autres ont contracté des adhérences plus ou moins intimes avec les parois du bassin et les organes qui sont renfermés dans cette cavité. C'est dans les cas de kystes adhérents que l'opération de l'ovariotomie peut devenir extrêmement difficile, parfois même impraticable.

En effet, lorsque le kyste arrive au contact direct sans interposition du péritoine, avec les parties latérales de l'utérus, de la vessie, du rectum, du cul-de-sac vaginal, des parois du bassin, des vaisseaux et des nerfs iliaques, etc., il s'établit peu à peu des adhérences intimes qui unissent le kyste avec ces diverses parties, il se forme entre elles et lui une circulation commune, si bien que la dissection de la tumeur rompant les nouvelles attaches vasculaires provoquera un écoulement de sang considérable. En outre, l'épaississement des ligaments larges vascularisés et hypertrophiés peut être tel que leur séparation soit très difficile et même impossible.

Les kystes ovariens ainsi enclavés peuvent présenter plusieurs variétés.

Tantôt la tumeur se porte directement en bas et en dedans de manière à se mettre directement en rapport avec le plancher du bassin, l'utérus, la vessie et les parois du petit bassin.

Tantôt elle se dirige en arrière, soulève le ligament de Douglas et se met en contact avec l'intestin.

Tantôt, enfin, la tumeur, dans son développement, atteint la face antérieure des vertèbres lombaires soulevant devant elle le mésentère et l'intestin grêle avec lequel elle contracte des adhérences. Dans ces conditions, la dissection de la tumeur devient surtout périlleuse, à cause des connexions avec les gros vaisseaux et les parois intestinales.

Le diagnostic de l'enclavement du kyste ovarique dans l'épaisseur du ligament large est impossible dans le plus grand nombre des cas. On ne peut que le soupçonner lorsque

l'on sent une partie de la tumeur faisant saillie à côté du col utérin ou derrière lui, au niveau du cul-de-sac vaginal.

Dans quelques cas, l'utérus adhérent au kyste est entraîné dans le développement de celui-ci du côté de la cavité abdominale. Dans d'autres cas, c'est la vessie qui est ainsi entraînée par l'ascension du kyste et qui vient occuper un siège élevé au-dessus du pubis, ce que l'on reconnaît à l'aide du cathétérisme.

Dans le plus grand nombre des cas, l'enclavement des kystes ovariques dans l'épaisseur du ligament large n'est reconnu qu'après l'ouverture du ventre. Ce qui constitue la gravité du pronostic de cet enclavement, c'est l'absence de pédicule des kystes enclavés. Si l'on parvient à énucléer complètement la tumeur, il reste une surface saignante livrant passage à une grande quantité de liquides susceptibles de s'altérer et de donner naissance à la septicémie. En outre, la dissection de la tumeur expose à blesser la vessie, l'uretère, l'intestin, les gros vaisseaux, etc.

Si la tumeur ne peut être enlevée en totalité et que l'opération reste incomplète, la partie de la tumeur abandonnée dans le ventre peut repulluler, ou bien devenir la cause d'accidents plus ou moins graves, dont le moindre est l'existence permanente d'une fistule.

Lorsque la décortication peut être effectuée d'une manière complète, M. Terrillon conseille de la faire sans hésitation, en ayant soin de suturer minutieusement au catgut les lambeaux de péritoinc, de manière à diminuer autant que possible l'étendue de la plaie, et par conséquent la quantité des liquides exhalés par elle; on supprime également ainsi la nécessité d'un drainage, qui a plus d'inconvénients que d'avantages.

Si la décortication, après essai, est reconnue impossible, le chirurgien doit se résoudre à laisser dans le ventre toute la partie qui ne peut être amenée à l'extérieur; cette partie, après l'ablation de tout ce qui a pu être enlevé, doit être fixée aux bords de la plaie abdominale par des points de suture rapprochés; en outre, on l'assujettit à ses deux extrémités à l'aide de broches qui traversent largement la paroi abdominale.

Après l'opération, il faudra insister sur les lavages quotidiens de la cavité kystique; on détruira les bourgeons et les cloisonnements au fur et à mesure de leur production; des tubes à drainage placés dans toutes les anfractuosités devront assurer l'écoulement des liquides.

Le drainage vaginal, conseillé par quelques auteurs pourra être employé avec succès dans certain cas particuliers. Cette méthode a l'avantage de préserver le péritoine tout en permettant l'écoulement du pus.

Le traitement consécutif mérite une attention toute particulière de la part du chirurgien. Il consiste à prémunir l'opérée contre toute rétention de liquide pouvant entraîner des accidents de septicémie. Dans ce but, on fera de fréquents lavages avec des liquides antiseptiques, tels que l'acide phénique, l'acide borique, l'alcool camphré, ou d'autres liquides analogues.

Contre les végétations et les bourgeonnements des parois de la cavité kystique, il sera indiqué de pratiquer des cautérisations avec le chlorure de zinc; mais il ne sera pas toujours possible d'empêcher ainsi les récidives.

M. Terrier déclare qu'il examinera la question soulevée par M. Terrillon en s'en tenant uniquement aux résultats de sa pratique personnelle au seul point de vue de la médecine opératoire.

Sur 63 opérations d'ovariotomie qu'il a pratiquées, il a rencontré seulement 7 cas de kystes ovariques enclavés dans le ligament large, ce qui indique ue rareté relative de cette variété.

Dans les 7 cas qu'il a opérés, il s'est toujours agi d'opérations complètes et non pas de ces opérations incomplètes dont a parlé M. Terrillon comme d'une sorte de traitement particulier à ce genre de kystes ovariques. Si deux fois sur les trois cas qu'il a observés M. Terrillon a dû laisser l'opération incomplète, ce n'est pas là un fait particulier aux kystes ovariques enclavés dans le ligament large.

Quels que soient la nature ou le siège du kyste, il se présente des conditions particulières qui obligent le chirurgien à laisser son opération inachevée, mais on ne peut considérer cette circonstance comme une méthode particulière de traitement; en d'autres termes, ce n'est pas là une méthode que l'on choisit, mais une nécessité que l'on subit. Sur les 7 opérations complètes qu'il a pratiquées, M. Terrier a eu 5 guérisons et 2 morts.

L'auteur donne le résumé de ces 7 observations en faisant remarquer à plusieurs reprises que les premières opérations qu'il a pratiquées remontent à une date antérieure au moins d'une année à l'époque où M. Terrillon a pratiqué les siennes. Ainsi la première opération de M. Terrier a été pratiquée en mai 1879, à la Salpêtrière.

M. Terrier distingue deux variétés de kystes enclavés dans le ligament large: une variété comprend les kystes pédiculés, et l'autre comprend les kystes non pédiculés.

Dans la première variété, on rencontre des cas dans lesquels le pédicule est dédoublé, un pédicule étant formé par le ligament de l'ovaire, l'autre pédicule étant constitué par le faisceau des vaisseaux utéro-ovariens. Dans deux cas de ce genre, l'un des pédicules fut lié, sectionné et abandonné dans le ventre, l'autre fut amené et fixé au dehors. Dans tous les cas, l'énucléation de la tumeur a été complète.

M. Pozzi a écouté avec intérêt les communications de MM. Terrillon et Terrier, mais il ne voudrait pas laisser supposer aux chirurgiens étrangers que la question dont il s'agit a été considérée comme une chose nouvelle à la Société de chirurgie de Paris. A l'étranger, comme en France, l'énucléation des tumeurs ovariennes enclavées dans le ligament large a été parfaitement indiquée et pratiquée dès les débuts de l'ovariotomie. On lui a même donné quelque part un nom particulier et significatif, celui de *marsupialisation* de la femme, pour exprimer que l'on créait ainsi, chez la femme, une poche ventrale comme chez les femelles de marsupiaux.

M. Polaillon fait remarquer l'impossibilité où se trouve le chirurgien dans la plupart des cas, de faire le diagnostic des kystes ovariens enclavés dans le ligament large et de les différencier des autres kystes de l'ovaire, même après l'ouverture de la cavité abdominale. On ne sait le plus souvent si l'on a affaire à un kyste inclus dans le ligament large, ou bien à un kyste ordinaire ayant contracté des adhérences avec les parois pelviennes ou avec les organes voisins.

Quant à la décortication complète de ces sortes de tumeurs, elle est assez difficile à réaliser. Dans un cas où il a pratiqué cette opération, dans son service de l'hôpital de la Pitié, avec l'assistance de M. Verneuil, M. Polaillon a pu parvenir à pédiculiser la tumeur, mais elle avait contracté des adhérences tellement intimes avec la face antérieure du rectum que la paroi de cet intestin a été comprise par la ligature et sectionnée avec la tumeur. La malade est morte avant que les suites de cet accident opératoire eussent pu produire leurs effets fâcheux.

Comme MM. Terrillon et Terrier, M. Polaillon est d'avis qu'il faut autant que possible chercher à faire la décortication complète des tumeur ovariennes enclavées dans le ligament large. Les opérations incomplètes ont, en effet, l'inconvénient grave de laisser dans ce repli du péritoine des portions de tumeur qui fournissent une suppuration abondante et des liquides susceptibles de produire la septicémie; ces mêmes portions peuvent en outre devenir le point de départ de végétations, de bourgeonnement, en un mot d'une véritable repullulation de la tumeur enlevée.

Il est vrai de dire, toutefois, que, dans quelques cas, on a vu ces portions, ou, si l'on peut ainsi parler, ces moignons de tumeur laissées dans les feuillets du ligament large s'atrophier, et cette atrophie a eu pour conséquence heureuse la guérison complète des malades. Mais ce sont là des cas très rares.

Enfin lorsque ces tumeurs intra-ligamenteuses ont contracté des adhérences intimes avec les parois de l'excavation pelvienne ou avec les organes, tels que la vessie, l'utérus, le rectum, les gros vaisseaux, etc., le pronostic de l'opération devient extrêmement grave, et l'on ne sauve pas même une malade sur trois, comme on l'a dit.

M. Lucas-Championnière pense que si M. Terrillon, au lieu de faire sa communication avec trois observations seulement, avait pris la peine de dépouiller une série de 150 ou 200 cas de ce genre, il n'aurait pas eu l'idée d'ériger en méthode particulière de traitement ce qui est de pratique courante depuis que l'on fait l'ovariotomie.

En résumé, il est impossible de prévoir à l'avance si l'on aura affaire à un kyste inclus dans le ligament large ou à un kyste ordinaire. C'est pendant l'opération, et souvent à un moment tardif, que l'on peut reconnaître si l'on manœuvre dans le ligament large ou au sein d'adhérences plus ou moins intimes. Quoi qu'il en soit, il s'agit là de simples particularités pathologiques conduisant le chirurgien à certaines modifications des règles du manuel opératoire ; mais il n'y a pas lieu d'ériger ces modifications en une méthode opératoire particulière.

Il n'est pas de chirurgien pratiquant cette opération qui n'ait rencontré de ces cas, et qui n'ait été obligé de modifier le manuel opératoire d'après les particularités qu'il avait sous les yeux et qu'il ne pouvait prévoir avant l'opération. Ainsi qu'on l'a déjà fait remarquer, il arrive même parfois que le chirurgien, après avoir incisé le ventre, ne sait pas très bien, pendant la dissection de la tumeur, s'il manœuvre dans le ligament large ou s'il décolle de simples adhérences.

Quant au diagnostic des kystes parovariens d'avec les kystes enclavés dans le ligament large, M. Lucas-Championnière déclare avoir opéré plusieurs kystes parovariens et n'avoir pas constaté l'inclusion d'une partie de la tumeur dans le ligament large. Suivant lui, il n'existe pas de mode particulier de développement de ces kystes.

En ce qui concerne l'opération, il n'y a pas de méthode opératoire par l'opération incomplète, comme l'a dit M. Terrillon. Quand on laisse une partie de la tumeur dans le ventre, c'est qu'on y a été forcé par quelque condition particulière du cas auquel on avait affaire; ce n'est pas là un procédé de choix, mais de nécessité. Quant au drainage, on le fait quand on ne peut pas faire autrement.

M. Monod a opéré à la Salpêtrière une femme qui avait une tumeur fibro-kystique de l'ovaire et qui lui avait été adressée par M. le docteur Bazy. L'opération fut difficile et laborieuse. Après l'incision des parois abdominales, on se trouva en présence de barrières existant de tous les côtés ; on ne pouvait d'aucune part pénétrer dans la cavité pelvienne. Il semblait qu'il y avait fusion complète et intime de tous les organes pelviens avec la tumeur. Il fut pourtant possible enfin de pénétrer dans le petit bassin dans lequel plongeait la tumeur. Il fallut une dissection longue et attentive pour détacher les adhérences et des pinces à forcipressure nombreuses pour empêcher les hémorrhagies. M. Monod dut se borner à réséquer la partie la plus volumineuse et la plus saillante de la tumeur et se résigner à laisser le reste dans le ventre. Il plaça plusieurs drains et fit des lavages avec des liquides antiseptiques. Trois semaines après, la malade était hors de danger ; après la cautérisation de la plaie, la portion de la tumeur restée dans le ventre subit un travail d'atrophie comme dans le cas rappelé par M. Polaillon, et la malade put rentrer chez elle complètement guérie.

M. Terrier dit que les adhérences ne sont pas particulières aux kystes ovariens développés dans l'épaisseur des ligaments larges ; c'est là une particularité commune à toutes les espèces de kystes et qui n'entraîne pas l'emploi d'une méthode de traitement particulière à cette variété pathologique. Ce n'est pas dans ce cas seulement que le chirurgien se voit contraint de faire une opération incomplète. Ces sortes d'opérations sont toujours ou presque toujours fâcheuses ; ce n'est que par exception que les portions de tumeur laissées dans le ventre subissent un travail d'atrophie. M. Terrier n'a jamais vu cette atrophie, mais, au contraire, la repullulation de ces masses laissées dans la cavité abdominale.

Dans ces opérations incomplètes, deux cas peuvent se produire. Lorsque l'on a lié le pédicule et détruit les vaisseaux utéro-ovariens qui alimentent la tumeur, on aura chance qu'il se produise une atrophie de la masse laissée dans la cavité abdominale ; mais si le pédicule vasculaire est resté intact, il y aura repullulation fatale. Encore une fois, il n'y a pas lieu d'ériger à ce point de vue une méthode opératoire particulière ; on opère comme on peut, non comme on veut. L'opération est soumise à des règles générales ; il n'y a pas de procédé opératoire spécial pour les cas de ce genre.

— M. Pozzi fait un rapport sur une observation de M. le docteur Cauchois (de Rouen) relatif à un cas d'ablation de lipome de la langue chez un tuberculeux. L'opération fut difficile et laborieuse parce qu'il s'agissait d'un lipome *interstitiel*, c'est-à-dire développé dans les interstices des fibres musculaires de la langue, et non d'un lipome *sous-muqueux*, distinction importante à établir suivant M. Pozzi, au point de vue de l'opportunité et de a facilité de l'opération, car le lipome sous-muqueux est facilement énucléable, tandis que le lipome interstitiel est très difficile à énucléer. Les suites de l'opération furent très simples et la plaie se cicatrisa parfaitement, bien que le malade fût tuberculeux ; mais celui-ci succomba plus tard aux progrès naturels de sa diathèse.

— M. Polaillon présente un malade auquel il a pratiqué l'amputation de la cuisse pour une tumeur blanche du genou, bien qu'il y eût des symptômes sérieux de tuberculisation du côté des sommets des poumons et que le malade eût éprouvé plusieurs hémoptysies. La cicatrisation de la plaie d'amputation s'est faite par réunion immédiate dans presque toute son étendue. Il ne reste plus aujourd'hui, un mois après l'opération, qu'une petite fistule. La santé générale s'est améliorée et l'auscultation ne révèle plus aucun signe physique du côté des sommets.

A. T.

JOURNAL DES JOURNAUX

Kyste hydatique du cœur, par le docteur Arnold. — Ce malade, jeune homme de 31 ans, était sujet aux syncopes. Son cœur battait régulièrement ; sa peau était cyanosée et souvent couverte d'urticaire confluent et la respiration peu embarrassée, mais on constatait des symptômes d'algidité.

A l'autopsie, on observait trois kystes hydatiques au sommet du poumon gauche ; d'autres hydatides dans l'artère pulmonaire et le ventricule droit. La paroi de l'oreillette

droite présentait une tumeur hydatique, dont l'ouverture était placée au-dessus de l'orifice tricuspidien. Cette tumeur était rompue et contenait encore des hydatides libres. (*The Canadian Journ. of med. sc.*, octobre 1882.)

Accouchement sans rupture du sac ammotique, par le docteur Peyma. — L'accouchement fut normal et il avait suffi de faibles tractions pour délivrer la parturiante de la masse qui se présentait à la vulve. En examinant le sac et son contenu, il était facile de reconnaître à travers ce sac transparent un fœtus mort, âgé de six mois environ. Les parois de ce sac étaient intactes. (*Buffalo med. Journ.*, août 1882, et *The med. Record.* p. 491 ; 28 octobre 1882.)

De la nature du myxœdème, par le docteur Henrot (de Reims). — Dans ce mémoire M. Henrot examine et discute les faits cliniques récents, relatifs au myxœdème. En tenant compte des données physiologiques et embryologiques, il arrive aux conclusions suivantes, dont l'importance et l'originalité sont remarquables : 1° Il existe une relation entre l'hypertrophie du grand sympathique et celle du corps pituitaire, qui sont très développées chez ces malades, de même que chez les animaux qui fabriquent beaucoup de gélatine de Wharton ; 2° la production de la mucine en excès est donc vraisemblablement en relation avec ce fait et le myxœdème essentiellement constitué par le retour à l'état embryonnaire du tissu conjonctif sous-cutané, sous-muqueux et interstitiel général sous l'influence de l'hypertrophie du grand sympathique. (*Union médicale du Nord-Est*, p. 353 ; décembre 1882.)

Sur des phénomènes irréguliers de l'ataxie locomotrice, par le docteur Russet. — Dans un cas, des crises gastriques précédèrent de deux années l'apparition des signes de l'ataxie locomotrice. Chez un autre malade, un an après les premières manifestations, on observait une nécrose des deux gros orteils ; et quelque temps plus tard une périostite du second orteil de chaque pied. Ces lésions étaient symétriques et par conséquent d'origine centrale. (*Med. Times and Gaz.*, 19 août 1882.) — Les crises gastriques préataxiques ont été récemment étudiées par Lépine. (*Lyon Med.*, 17 septembre 1882.)

De la paralysie labio-glosso-pharyngée d'origine cérébrale, par le docteur Ross. — En analysant un certain nombre de cas de paralysie labio-glosso-pharyngée, le docteur Ross a constaté que le siège des lésions était dans l'écorce cérébrale, dans l'épaisseur des hémisphères ou bien dans le noyau lenticulaire. Meynert considère, en effet, le noyau lenticulaire comme un ganglion intermédiaire aux centres corticaux et aux noyaux médullaires.

D'après M. Ross, puisque chez ces malades la moelle était indemne de toute lésion, il faut admettre l'existence de faisceaux directs de communication entre la moelle et l'écorce cérébrale. (*Brain*; juillet 1882.)

Des lésions du fond de l'œil dans le cours de la fièvre typhoïde, par le docteur Oglesby. — La papille avait l'apparence de la névrite subaiguë; cependant, pendant la maladie, on n'avait noté aucune diminution de l'acuité visuelle; la couleur de la papille était d'un rouge brunâtre, ses contours parfaitement nets. Chez les malades qui ont de l'amblyopie typhoïdique, on observe les signes d'œdème de la face, alors même qu'il n'existe pas d'albumine dans les urines. Ces lésions du disque oculaire ont généralement une marche progressive et aboutissent souvent à l'atrophie. Ces altérations d'origine dothiénentérique diffèrent donc de celles qu'on observe dans les méningites. (*Brain*, I. V, p. 2.) — L. D.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 29 juin au 4 juillet 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,024. — Fièvre typhoïde, 64. — Variole, 10. — Rougeole, 33. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 22. — Diphthérie, croup, 26. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 50. — Phthisie pulmonaire, 169. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 73. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 48. — Bronchites aiguës, 20. — Pneumonie, 63. — Atrepsie des enfants élevés : au biberon, 57; au sein et mixte, 29; — inconnues, 8. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 86; circulatoire, 50; respiratoire, 68; digestif, 51; génito-urinaire, 19; de la peau et du tissu lamineux, 8; des os, articulat. et muscles, 11. — Morts violentes, 23. — Causes non classées, 8.

Résumé de la 27e semaine. — Le service de statistique a reçu notification de 1,024 décès. La mortalité générale continue à diminuer à Paris comme elle le faisait depuis deux mois.

Le nombre des décès des précédentes semaines était en effet (en allant des plus récentes aux plus anciennes) 1,042, — 1,074, — 1,081, — 1,180, — 1,158, — 1,247.

Comme pendant les semaines précédentes c'est surtout aux vieillards que profite l'allègement de la mortalité.

En ce qui concerne les maladies épidémiques, voici le résultat de la comparaison de cette semaine avec les précédentes :

Une aggravation très notable de la Fièvre typhoïde, qui a causé cette semaine 64 décès. Ce nombre est le plus élevé que nous ayons constaté depuis le mois de janvier dernier. Il est corroboré par le nombre des admissions dans les hôpitaux, qui a atteint 135 au ieu de 122, 99, 96, 72, chiffres des précédentes semaines. Ajoutons à ces renseignements que le nombre des malades signalés par les médecins de Paris a atteint 64 au lieu de 68, 42, 32, chiffres des précédentes semaines. Il est donc à craindre, comme nous le faisions déjà pressentir la semaine dernière que la Fièvre typhoïde après avoir subi en avril, mai, juin son temps d'arrêt ordinaire, ne reprenne le taux de mortalité élevé qu'elle atteint à Paris depuis 1880.

Les quartiers les plus frappés paraissent être ceux des faubourgs du nord de Paris. La semaine précédente, nous comptions jusqu'à 16 décès par Fièvre typhoïde dans les quartiers qui se suivent depuis les *Batignolles* jusqu'à la *Villette*. Aujourd'hui dans ces mêmes quartiers nous en comptons 19.

La Variole (10 décès) et la Scarlatine (4 décès) continuent à être rares ; la Rougeole 33 décès) et la Coqueluche (22 décès) sont toujours assez fréquentes, mais leur fréquence n'augmente pas. La Diphthérie et le Croup sont en notable décroissance (26 au lieu de 42, 33, 34, 39, 49, chiffres des précédentes semaines). Les hôpitaux ont admis d'ailleurs 21 Diphthériques au lieu de 28. Une épidémie locale continue à sévir dans les XVIIIe et XIXe arrondissements, déjà signalés la semaine dernière ; nous y comptons aujourd'hui jusqu'à 7 décès, soit le quart du nombre total de la ville de Paris.

La Bronchite aiguë des enfants est plus rare encore qu'elle ne l'a été pendant le mois dernier (20 décès au lieu de 31). La pneumonie continue à être également très bénigne (63 décès). On remarque aussi le petit nombre de décès par Phthisie qui nous sont signalés depuis quinze jours (169 et 187 décès). Enfin l'Athrepsie (94 décès), quoique nécessairement plus fréquente que pendant la saison froide, est rare, étant donné la température de la saison.

Le service de statistique a reçu notification de 399 mariages. Les naissances vivantes ont été au nombre de 1,188 (633 garçons et 555 filles) dont 897 légitimes et 291 illégitimes. Parmi celles-ci 60 enfants ont été reconnus immédiatement par l'un des deux parents. Le nombre des morts-nés ou des enfants morts avant l'inscription sur le registre des naissances a été de 92 dont 63 légitimes.

Dr Jacques BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret, en date du 5 juillet 1883, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, les médecins et pharmaciens de la marine dont les noms suivent;

Au grade de commandeur: M. Fontaine, pharmacien-inspecteur.

Au grade d'officier: MM. Cunéo, médecin en chef, et Jacquemin, médecin de première classe.

Au grade de chevalier: MM. Kermorgant, Nègre et Moranie, médecins de première classe; Mesnil, médecin de deuxième classe, et Raoul, pharmacien de première classe.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — *Ordre du jour* de la séance du vendredi 13 juillet:
Continuation de la discussion sur la réfrigération dans la fièvre typhoïde. — Continuation de la discussion sur la note de M. Rathery relative à l'isolement des varioleux dans les hôpitaux.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

BULLETIN

La question des vidanges à Paris emprunte aux circonstances un intérêt majeur. Bientôt peut-être la capitale ne sera pas seule à lutter contre une épidémie meurtrière ; dans beaucoup d'autres villes, dans maints conseils d'hygiène, les médecins peuvent être appelés à donner leur avis, à provoquer les mesures que réclamera la santé publique. Aussi n'est-il pas inutile de suivre la discussion engagée dans la *Commission technique de l'assainissement de Paris*, dont nous avons déjà résumé une délibération dans notre Bulletin du 5 juillet.

Les deux dernières séances ont abouti au vote de plusieurs questions importantes. M. Fauvel y a exposé en détail ses opinions sur les égouts de Paris. Le savant hygiéniste n'est pas un partisan déclaré du « tout à l'égout », mais il ne partage pas les craintes de plusieurs de ses collègues sur la propagation des maladies par ce mode de vidange. Nul principe contagieux, selon lui, ne résiste à l'action de l'air atmosphérique ; la putréfaction des matières animales y détruit les germes spécifiques des maladies contagieuses. Les irrigations faites en Angleterre avec les eaux chargées de matières fécales, celles de la presqu'île de Gennevilliers n'ont produit aucun résultat fâcheux. L'épandage sur le sol des matières fécales fraîches ou fermentées est en usage dans certaines contrées sans le moindre inconvénient pour la santé publique. Sans doute, les vidangeurs et les égoutiers souffrent du méphitisme produit par la fermentation putride, mais ils sont exempts des maladies infectieuses qui règnent dans la population ; en temps de choléra, ils sont épargnés. Bref, il ne faut pas tant s'effrayer de nos égouts, mais il faut les améliorer, parce qu'ils fonctionnent mal au point de vue sanitaire ; ce qu'il importe au moins d'atténuer, c'est leur méphitisme.

M. Brouardel conteste l'opinion de M. Fauvel sur la destruction des principes contagieux, au moins dans sa forme absolue. Il estime que l'oxydation et la putréfaction ne détruisent pas tous les germes, et pas assez rapidement pour nous rassurer. De là quelques digressions de M. Bouley sur les mycéliums et les spores, et une de ces variations brillantes sur la contagion considérée comme « fonction d'un élément vivant », où l'éminent professeur d'Alfort est passé maître.

Voici maintenant les résolutions votées par la Commission technique, malgré l'opposition d'une minorité qui ne veut pas qu'on l'entraîne au « tout à l'égout » :

1° L'écoulement total des matières excrémentitielles à l'égout peut être autorisé dans les égouts largement et constamment alimentés en eau courante et ne laissant pas s'accumuler de sables ;

2° L'écoulement peut être autorisé dans les égouts ayant la pente et l'eau nécessaires à un rapide écoulement, à la condition qu'il soit procédé aux travaux et au mode de curage indiqués dans les résolutions présentées par la première sous-commission (voir notre Bulletin du 5 juillet) ;

3° Dans les égouts sans pente sensible et sans eau, où le reflux des eaux des collecteurs peut arrêter l'écoulement, il y a lieu de n'autoriser l'émission des matières excrémentitielles que dans des tuyaux étanches placés dans les égouts et conduisant à des collecteurs constamment remplis d'eau.

Le doctorat ès sciences médicales. — La dernière session du Conseil académique de Paris étant close, les journaux ont publié une note où il est dit que la création d'un doctorat ès sciences médicales est venue, pour la seconde fois, en délibération au sein du Conseil. Pour la seconde fois, cette création nouvelle a été repoussée, dans les termes où elle avait été formulée primitivement. Mais, sur la proposition de la Faculté de médecine de Paris, et après un intéressant rapport de M. Béclard, le Conseil a voté à l'unanimité les deux propositions suivantes :

1° Qu'il soit institué un doctorat ou diplôme supérieur pour les trois sciences qui sont la base de la médecine scientifique, savoir : l'anatomie, l'histologie et la physiologie;

2° Que, pour délivrer ce diplôme strictement scientifique et supposant des recherches originales et des travaux personnels, il n'y ait qu'un jury pour toute la France, un jury d'Etat, dont les membres désignés par le ministre seraient pris parmi les professeurs des Facultés de médecine.

Nous avons discuté assez longuement la question du doctorat ès sciences médicales pour n'y plus revenir. Nous reconnaissons, dans ces deux propositions, de louables efforts de rédaction ayant pour but de bien définir le nouveau doctorat qu'on propose, d'en circonscrire exactement l'objet, et de le mettre hors de la portée des ambitions de mauvais aloi. Mais nous continuons à ne pas voir bien clairement de quelle utilité serait ce nouveau titre pour nos confrères les physiologistes, et nous craignons d'autre part que la question, posée aujourd'hui dans ces termes et paraissant n'offrir qu'un intérêt secondaire, ne subisse une de ces transformations insensibles dont les règlements administratifs ont le secret, et ne vienne à donner un jour des résultats inattendus. L.-G. R.

Hôpital Tenon. — M. le docteur Gillette.

Occlusion intestinale par diverticule. — Laparotomie. — Anus artificiel. — Mort. — Autopsie.

Note rédigée par M. Bloch, interne du service.

Toutes les variétés d'*étranglement interne* (une des formes de l'occlusion intestinale) peuvent trouver place dans le cadre suivant :

Étranglement interne : par orifice, normal, anormal.
— externe : par bride, normale, anormale.

Aux deux premières catégories appartiennent les hernies méso-colique, méso-cœcale, rétro-péritonéale de Treitz (dans l'hyatus de Winslow), celles qui se font dans une solution de continuité de l'épiploon ou du diaphragme. L'appendice du cœcum, la trompe de Falloppe, le ligament rond, l'épiploon roulé en corde sont à leur tour les brides normales, agents de l'étranglement. Nous mentionnerons parmi les brides anormales les pédicules de ratelles supplémentaires, les tractus fibreux, vestiges de péritonite ancienne. Arrêtons-nous un instant sur les *diverticules*, qui seuls aujourd'hui nous intéressent.

D'origine congénitale, on peut les considérer comme une dépendance de l'iléon, dont ils partagent les caractères anatomiques, et sur lesquels ils s'insèrent à peu de distance du cœcum pour se terminer en un cul-de-sac flottant librement dans la cavité abdominale. Leur rôle dans l'étranglement n'a été reconnu que depuis peu de temps; au dire de Cazin (1), on pourrait citer la thèse de M. Besnier (1857) comme le premier travail paru en France sur cette question. Le peu de fréquence de l'étranglement par diverticule nous explique comment il a échappé si longtemps aux observations; ainsi,

(1) Thèse de Paris, 1862.
(2) Thèse de concours, 1880.

sur 125 observations rapportées par M. Peyrot (2), on n'en trouve que 3 qui aient trait à cette cause.

Cependant la rareté de semblables documents n'est pas le seul intérêt clinique de l'observation suivante (1) :

Le nommé G... (Sébastien), âgé de 43 ans, journalier, entre à l'hôpital Tenon le 20 mai 1883.

Il raconte que le jeudi 17 mai, vers quatre heures du soir, en revenant de son travail, il éprouva une vive douleur au niveau de la fosse iliaque droite ; une heure après il alla à la selle. Le lendemain la douleur persistait toujours très intense, il prit un purgatif dans la matinée, mais le vomit aussitôt ; il n'eut pas d'autres vomissements dans la journée. Depuis la veille, il ne rendant plus de gaz par le rectum.

Le dimanche 20 mai, il entre à l'hôpital Tenon dans le service de M. Du Castel, et l'on constate chez lui l'état suivant : la langue est rosée, humide ; il n'a ni vomissements ni hoquets ; le ventre est assez tendu, et l'on voit les anses intestinales se dessiner sous la paroi abdominale, animées de mouvements très intenses. La constipation est absolue, les urines sont rares, le pouls est petit, peu fréquent, la température normale.

21 mai. L'état ne s'est nullement amélioré. Déjà la veille, dans la soirée, le malade a eu des vomissements bilieux, nullement fécaloïdes, qui persistent. L'anurie est presque absolue, le facies abdominal très prononcé, les yeux excavés. Il y a un peu de refroidissement des extrémités. Le météorisme n'est pas très considérable, mais les mouvements peristaltiques sont très marqués. Constipation toujours absolue.

M. Du Castel ordonne de l'huile de ricin à prendre par cuillerées à café, mais le malade ne peut les supporter et les vomit aussitôt. On prescrit des pilules d'opium et de belladone.

22 mai. Dépression considérable, algidité, anurie, facies abdominal, tous les symptômes persistent ou se prononcent davantage. Le malade passe en chirurgie dans le service de M. le docteur Gillette. Il est d'une faiblesse extrême. On constate une ectopie testiculaire double, on sent les deux testicules à l'anneau inguinal externe. Scrotum atrophié. Le cathétérisme donne issue à une cuillerée d'urine environ. Pouls petit, filiforme. Température rectale 36°4 ; extrémités froides.

M. Gillette prescrit une potion de Todd, que le malade a pu supporter.

Avec une sonde œsophagienne introduite de 8 à 10 centimètres dans le rectum, on injecte cinq siphons d'eau de Seltz, mais ils sont rendus aussitôt.

Vers 4 heures du soir, le malade étant un peu mieux, le pouls plus fort, on tente l'application de l'électricité, un pôle placé dans le rectum, l'autre sur la paroi abdominale (électricité faradique) pendant 10 minutes environ, mais sans résultat.

M. Gillette se décide alors à pratiquer la laparotomie, avec toutes les précautions antiseptiques.

Le malade étant anesthésié avec le chloroforme, une incision est faite couche par couche, de l'ombilic à la symphyse, sur la ligne médiane. Le péritoine est incisé sur la sonde cannelée, et les anses intestinales très distendues se présentent à l'ouverture. On constate que l'intestin est assez congestionné, mais il n'y a pas de péritonite apparente.

En déroulant la masse intestinale sur les parois du ventre, on aperçoit profondément, vers la partie inférieure de l'intestin grêle, et à droite, une anse intestinale complètement affaissée et plongeant dans le petit bassin. En explorant plus attentivement, on constate, au point où l'intestin cesse d'être distendu, un rétrécissement de couleur blanchâtre au centre, à teinte ecchymotique à la périphérie, de 2 cent. d'étendue, au point précis où le mésentère arrive à l'intestin. La palpation démontre que la paroi intestinale est souple, sans production néoplastique.

Au niveau et au-dessous du rétrécissement se trouve un *diverticule intestinal* long de 8 cent. environ, affaissé comme l'anse elle-même, nullement distendu par les matières fécales. Ce diverticule siège environ à 20 cent. de la valvule iléo-cœcale, *à laquelle il se trouve relié par un repli péritonéal;* il ne forme pas de nœud autour de l'anse affaissée.

En présence de cette disposition, et toute résection intestinale étant impossible, M. Gillette pratique un anus artificiel, à 1 mètre environ du cœcum. Il maintient l'anse à la paroi abdominale au moyen de sutures et l'incise. La plaie de la paroi est suturée, et on applique le pansement de Lister.

Le malade est très affaibli, le pouls filiforme. Mort 35 minutes après l'opération.

Autopsie, 24 heures après la mort. — Rigidité cadavérique très prononcée; on enlève

(1) Recueillie par M. Godet, interne provisoire des hôpitaux.

les sutures de la paroi abdominale et l'on constate qu'il n'y a nulle trace de péritonite. Quelques ecchymoses sur l'intestin. Le mésentère est fortement congestionné.

L'insufflation de l'intestin montre que le rétrécissement n'est pas infranchissable; l'anse intestinale cependant se laisse peu distendre. Le diverticule partant du point rétréci a une longueur d'environ 8 cent. Il est vide et se laisse aussi insuffler; il est compris dans le mésentère qui forme comme une bride au point où siège le retrécissement. Il est distant environ de 20 cent. du cœcum.

La pièce a été présentée à la Société anatomique par M. Godet dans la séance du 25 mai 1883.

Dans le cas actuel, le diagnostic d'occlusion intestinale s'imposait évidemment. Pouvait-on, par les symptômes, arriver à reconnaître ou tout au moins à soupçonner la nature et le siège de l'obstacle?

Le début brusque et la marche rapide des accidents indiquaient une des formes aiguës de l'obstruction intestinale. Encore pouvions-nous éliminer l'invagination aiguë, dont notre malade n'avait ni les selles sanguinolentes, ni la tumeur molle en boudin dans la fosse iliaque gauche.

Restaient le volvulus et l'étranglement interne. Or, la douleur ressentie dès le début à droite, dans un point limité, était un indice certain du siège précis de l'occlusion (le volvulus est beaucoup plus fréquent sur l'S iliaque).

Les vomissements peu abondants et non fécaloïdes montraient qu'il s'agissait de l'intestin grêle; enfin l'anurie faisait penser que l'iléon était en cause. « On a vu, dit Peyrot, les urines diminuer de quantité, même se supprimer tout à fait, dans des cas où un étranglement siégeait très bas sur l'iléon. » Nous nous arrêtâmes donc au diagnostic : « Etranglement interne siégeant sur la dernière partie de l'iléon. »

Quant à la variété de cet étranglement, la coïncidence d'un vice de conformation (*ectopie testiculaire*) eût pu nous faire soupçonner le diverticule, puisque, chez son malade, Cazin raconte avoir prévu l'existence du diverticule par cette raison qu'il y avait un bec-de-lièvre.

Quant à l'intervention, nous rejetâmes l'entérotomie, opération purement palliative, et nous lui préférâmes la laparotomie, qui nous permettait, soit de lever définitivement l'obstacle, soit de pratiquer, ressource ultime, l'anus artificiel.

Une fois en présence du rétrécissement, fallait-il tenter la résection d'une partie de l'intestin? Cette opération nous parut impossible, chez un malade qui était presque dans le collapsus et chez lequel, par suite, il fallait se hâter. La presque impossibilité de suturer le bout supérieur dilaté avec le bout inférieur rétréci, l'accolement et l'adhérence du point rétréci au mésentère, qui auraient exigé une dissection longue et minutieuse, tout se réunissait pour nous commander une opération plus rapide et plus simple: la création d'un anus artificiel. Il fut établi le plus près possible du cœcum; car c'est encore un avantage de la laparotomie, de pouvoir, lorsqu'elle échoue, pratiquer l'entérotomie non pas dans un point indéterminé, mais dans celui qu'on choisit.

L'étrangeté de la lésion consécutive au diverticule nous a surpris. En effet, dans tous les cas observés jusqu'ici, le diverticule agit par *étranglement*, soit que, fixé par des adhérences à un point de la paroi abdominale, il constitue un pont sur lequel l'intestin s'étrangle, soit que, libre, il s'enroule par son extrémité terminale autour de l'intestin. Ici, rien de semblable ; l'anse diverticulaire n'est absolument ni fixe ni mobile; aucune adhérence ne la tend en forme de bride, elle ne flotte pas au point de figurer un lien. Comment donc le diverticule a-t-il produit le rétrécissement? On peut supposer qu'il s'est fait une coudure analogue à celles décrites dans l'ouvrage récent de M. Damaschino, puis exagération de cet état, tant sous l'influence de la dilatation du bout supérieur de l'intestin, que de la traction exercée par le diverticule.

D'autre part, il est possible que l'éperon résultant de l'abouchement de

l'anse diverticulaire dans l'intestin, ait occasionné de longue date des désordres dans la circulation des matières, d'où un travail inflammatoire dont le rétrécissement serait l'expression.

Quoi qu'il en soit, un fait nous paraît surtout remarquable dans cette observation, c'est la notion nouvelle d'un *rétrécissement intestinal* sans étranglement, consécutif à la présence du diverticule.

Ajoutons, d'ailleurs, que les symptômes ont été absolument ceux de l'étranglement par diverticule dans sa forme ordinaire.

PATHOLOGIE

Considérations sur la théorie de la goutte (1),

Par M. DURAND-FARDEL.

(Lu à la Société de médecine de Paris.)

L'objet de cette communication n'a pas été, comme vous le voyez, de vous proposer d'idées nouvelles au sujet de la pathogénie de la goutte, puisque je n'ai fait que reproduire les données fournies par Garrod, et vulgarisées chez nous par Charcot. Cependant, il m'a paru qu'un tableau concis et méthodique des faits sur lesquels est établie cette pathogénie pouvait être retracé de nouvau avec quelque utilité. Je ne crois pas que tous les médecins se fassent encore une idée très précise de la filiation des phénomènes que j'ai rappelés, et qui se retrouve, avec des caractères très analogues, dans d'autres diathèses voisines. Et de semblables expositions fournissent l'occasion d'examiner la signification et la portée de bien des questions de physiologie pathologique qui s'y rattachent. On se montre disposé quelquefois à concentrer trop exclusivement dans la considération de ces phénomènes, tangibles en quelque sorte, les processus morbides auxquels ils se rapportent; et quelquefois, au contraire, on est porté à les rejeter à un plan trop inférieur.

Il est remarquable que, après tant de vicissitudes subies par les conceptions philosophiques relatives à la pathologie prise dans son ensemble, nous en sommes arrivés à chercher partout, et à reconnaître souvent, au moins à désigner, la *matière morbide*, avec non moins d'affectation qu'aux époques les plus chimériques de l'histoire de la médecine.

Les doctrines microbiennes, d'une part, la signification attribuée, d'une part, aux produits d'une nutrition ralentie ou pervertie, tiennent aujourd'hui dans les conceptions pathogéniques une place singulière, et qui semble promettre de devenir très envahissante. La chimie et l'histologie s'avancent à pas de géants dans un pays où la métaphysique a régné presque jusqu'à nos jours.

Ce qu'il faut surtout, pour juger de la part légitime qui doit leur être faite, c'est du sang-froid. Il ne s'agit pas d'opposer la clinique à la chimie et à l'histologie, ni celles-ci à la cliniqe, pas plus qu'il ne faudrait, en matière d'industrie, opposer les matieres premières à l'art de les utiliser, ou réciproquement.

Lorsque mon savant ami, le professeur Peter, disait, il y a peu de jours, à l'Académie de médecine : « On a découvert le microbe du charbon et du choléra des poules, on cherche celui de la fièvre typhoïde, et on croit avoir trouvé celui de la diphthérie et du miasme paludéen; à quoi cela nous avance-t-il? » Cela ne pouvait signifier que de telles découvertes, résultats d'investigations où la patience et la sagacité se sont élevées à la hauteur du génie, pussent être indifférentes à lui ni aux autres. Je ne le suppose pas du moins. M. Peter ne niait pas que le microbe ne pût être l'élément originel du processus morbide. Il ne niait pas que le problème de la théra-

(1) Suite et fin. — V [illegible] ro du 8 juillet.

peutique ne pût résider dans la connaissance du spécifique du microbe. Mais il voulait dire, je me permets du moins d'interpréter ainsi sa pensée : qu'entre ces deux termes, jusqu'à un certain point encore hypothétiques, la genèse du microbe, puis sa destruction, il restait tout un problème inattaqué, le processus morbide, ou, si l'on veut, le mécanisme de la rencontre et de la lutte de l'élément histologique, ou du principe de fermentation, avec l'organisme vivant, considéré, lui aussi, dans ses éléments propres, histologiques et chimiques. Et en cela il avait raison.

Trouverez-vous que j'aie forcé l'analogie en rapprochant la conception histologique du microbe de la conception chimique des éléments de la nutrition pervertie ou ralentie ?

Lorsque, l'an dernier, j'exposais devant vous le rôle que, depuis longtemps (1), j'avais attribué, dans la pathogénie de certains états diathésiques, aux produits d'une nutrition pervertie ou ralentie, je m'en étais tenu aux diathèses — par anomalie de l'assimilation des principes immédiats, — c'est-à-dire à l'arthritis ou uricémie, sujet sur lequel je suis revenu aujourd'hui, au diabète et à l'obésité. C'était en raison de leur connexité particulière avec les éléments directs ou indirects de l'alimentation que je les avais groupées, au lieu de les confondre, comme M. Bouchard, sous la dénomination de ralentissement de la nutrition, avec d'autres diathèses.

Cette expression de ralentissement de la nutrition me paraît trop compréhensive. Tous les états à tendance cachectique s'accompagnent de ralentissement de la nutrition, et la scrofule aurait dû, à bien des titres, être comprise dans le cadre où l'éminent professeur a placé le rachitisme et la lithiase biliaire à côté de la goutte, de la gravelle, du diabète et de l'obésité.

Je ne voudrais pas soulever incidemment une controverse au sujet de la légitimité de pareils rapprochements. Je ferai seulement remarquer qu'en attribuant spécialement à la goutte, au diabète et à l'obésité, la dénomination d'une anomalie spéciale de l'assimilation des principes immédiats, je marque leur véritable caractère, qui est de s'exercer sur quelqu'un des principes distincts de l'alimentation, caractère qui leur appartient en commun et qui n'appartient qu'à eux.

J'ai voulu, dans les considérations qui procèdent, vous montrer en quoi cette conception pathogénique basée sur le ralentissement, si l'on veut, des principes immédiats de l'alimentation, se rapproche de la conception pathogénique des microbes. Ici également nous saisissons la matière de la maladie, l'élément, normal il est vrai, mais devenu étranger par son excès ou sa perpétration, point de départ du processus pathologique. Ici encore nous supposons que, si cet élément pouvait disparaître à notre gré, acide urique, sucre ou matière adipeuse, dont le système est encombré, le problème de la curation serait résolu.

Il est vrai que l'hypothèse basée sur la spécificité du remède est ici bien moins admissible. Mais l'objet de la thérapeutique, médicamenteuse ou hygiénique, n'en n'est pas moins le même : écarter ou anéantir d'une manière quelconque l'envahissement du système. non plus par des êtres organisés, mais par des matières inorganiques, aussi impropres à son évolution régulière.

Or, la considération du point de départ et de l'aboutissant morbide n'en laisse pas moins ici comme dans les maladies infectieuses un vide à remplir, c'est la considération du processus pathologique, c'est-à-dire le mécanisme suivant lequel les éléments anatomiques, base du système organique, résistent ou succombent aux atteintes qu'ils ont à subir.

C'est pour cela que M. Peter a eu raison ; qu'il a eu raison de protester, non pas contre l'introduction dans la pathologie d'éléments nouveaux qui

(1) *Diathèses par anomalie de l'assimilation, obésité, uricémie, diabète,* séance du 29 mars 1882.

peuvent jeter une vive lumière sur la genèse de certains états morbides, et sur le problème de leur guérison, mais contre une préoccupation exclusive aux dépens de la clinique, expression fondamentale de la médecine.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

Le 8 juillet, les décès cholériques se sont élevés à 88 à Damiette, 64 à Mansourah, 9 à Samanoud, 7 à Chirbine et 1 à Alexandrie. Le 9 juillet, on a compté 178 décès, dont 52 à Damiette, 89 à Mansourah, 17 à Samanoud et 2 à Chirbine. L'épidémie est donc stationnaire et les diminutions de décès à Damiette sont compensées par l'augmentation de la mortalité dans les autres localités et surtout dans les villages riverains du lac Menzaleh.

Sur les côtes de Chine, le choléra sévit toujours avec violence. On signale une grande mortalité par cette maladie à Swatow, port chinois situé entre Amoy et Hong-Kong.

A Marseille, le ministre du commerce a ordonné, malgré les décisions du Conseil sanitaire, de maintenir la quarantaine à l'égard des provenances de Malte et de Chypre. Cette mesure est légitime, mais insuffisante, puisque, pour l'éviter, des passagers débarquent à Gênes et entrent en France par les voies de terre, et que des Egyptiens s'embarquent à Suez sur des navires anglais et se rendent en Europe par, l'Angleterre où aucune quarantaine n'est imposée aux vaisseaux traversant le canal de Suez.

Enfin, signalons aux autorités françaises un autre danger. A Frioul, les passagers de tous les navires sont en contact les uns avec les autres. C'est ainsi que des quarantainiers, débarqués depuis huit jours et à la veille de quitter le lazaret, communiquent avec d'autres qui ont débarqué la veille. N'existe-t-il pas là un danger d'infection pour la population?

L. D.

BIBLIOTHÈQUE

Manuel des maladies mentales, par le docteur Bra, ancien interne de Sainte-Anne. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs, 1883.

M. le docteur Bra, ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine, vient de publier un manuel des maladies mentales sur lequel il nous paraît utile d'appeler l'attention des étudiants et des médecins.

Le docteur Bra a acquis, pendant son internat dans les asiles de la Seine, une grande expérience des aliénés. Nous avons déjà trouvé dans sa thèse une étude très intéressante du poids de l'encéphale dans les maladies mentales, et un résumé de documents nombreux et importants (1).

Le mouvement scientifique qui a porté, dans ces derniers temps, sur l'étude des affections cérébrales et des maladies mentales est considérable. Griesinger, Westphal et tant d'autres en Allemagne, Baillarger, Morel, Marcé, Renaudin en France, ont consigné, dans de volumineux ouvrages et à différents points de vue, leurs observations. Ces ouvrages, depuis le traité d'Esquirol, sont devenus des guides naturels dans l'étude à laquelle tous les médecins doivent aujourd'hui se livrer; car le praticien est consulté à chaque instant pour les cas d'aliénation mentale qu'il rencontre dans sa carrière; il doit toujours être prêt à tracer aux familles inquiètes une ligne de conduite et à donner à l'administration qui le consulte un avis prudent.

A quelles sources doit-il se renseigner? Comment consulter des livres volumineux et coûteux où la science de l'aliénation mentale est renfermée dans des limites plus ou moins bien déterminées : livres souvent écrits dans un ordre d'idées propres à l'auteur et dont il est difficile d'extraire la moelle.

Dans sa préface, notre honorable confrère expose qu'en publiant son manuel, il a voulu mettre entre les mains des étudiants et des médecins un livre concis et complet « dans lequel les formes principales de l'aliénation mentale soient mises en relief, « dégagées des généralités qui les obscurcissent et tiennent peu de place dans la pra- « tique ».

Il est toujours difficile d'adopter une classification qui ne soit l'objet d'aucune contestation, lorsqu'on entreprend la description des maladies mentales et quand on ne peut la faire reposer sur une base vraiment scientifique, l'anatomie pathologique. Aussi l'auteur s'est-il rattaché à la classification étiologique de Morel.

(1) *Etude sur le poids de l'encéphale dans les maladies mentales,* par M. Bra. Ad. Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs; 1882.

Il décrit, d'une part, les folies vésaniques, délires généralisés et partiels, manie, mélancolie, délire de persécution, folie religieuse, etc., qui sont les diverses manifestations délirantes par lesquelles s'exprime la folie, quelle qu'en soit la cause.

Il a mis dans une autre partie les folies qui se rattachent à des causes déterminées et qui empruntent à ces causes un caractère particulier. Telles sont les folies hystérique, épileptique, puerpérale ; les délires toxiques, alcoolisme, saturnisme, etc., ceux que l'on désigne du nom d'organiques, paralysie générale, démence, enfin les folies congénitales ou morphologiques, idiotie, imbécillité et crétinisme.

Cette division rationnelle permet une description facile et concise des différentes formes d'aliénation mentale.

Nous féliciterons M. le docteur Bra de la méthode pratique avec laquelle il a rédigé son manuel. Il n'y a que la première œuvre qui coûte. Nous avons l'espoir que ce guide si nécessaire pour les étudiants et auquel personne n'avait pensé jusqu'à présent, ne tardera pas à s'épuiser et que l'auteur profitera d'une nouvelle et prochaine édition pour condenser davantage les riches matériaux qui se trouvent accumulés dans les ouvrages des maîtres dont il se plaît à citer les noms. L. Dagonet.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 juillet 1883 — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Ball comme titulaire dans la section de pathologie médicale.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Ball prend place parmi ses collègues.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Berne (de Lyon) qui sollicite le titre de membre correspondant, et envoie à l'appui de sa candidature la liste de ses travaux.

2° Une note sur le traitement du choléra asiatique par l'opium, par M. le docteu Simorre.

3° Une note complémentaire sur l'extirpation totale de l'utéruspar le vagin, par M. le docteur Demons (de Bordeaux).

4° Une observation de *décollement de la rétine* guéri en quarante-huit heures par un *opération d'iridectomie,* par M. le docteur Fano.

5° Un travail intitulé : *Physiologie pathologique et traitement du choléra,* par M. le docteur Personne.

6° Un mémoire intitulé : *Considérations sur l'étiologie et le traitement de la pneumonie obaire aiguë,* par M. le docteur Alison.

—

M. Dujardin-Beaumetz offre en hommage le premier volume de son *Traité de thérapeutique et de matière médicale,* etc.

M. Guéniot présente, au nom de M. le docteur Verrier, un exemplaire de la quatrième édition de son Manuel pratique de l'art des accouchements.

M. Henri Roger offre en hommage le deuxième volume de son ouvrage intitulé : *Recherches cliniques sur les maladies des enfants.*

L'auteur dit, aux applaudissements de l'Académie, que ce livre, dont il a mis vingt ans à rassembler les matériauX et à travailler la rédaction, est l'œuvre d'une vie consacrée tout entière à la pathologie infantile.

—

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant pour la quatrième division :

La commission classe les candidats dans l'ordre suivant : En première ligne, MM. Audouard (de Nantes) et Cazeneuve (de Lyon) ; — en deuxième ligne, MM. Lotard (de Lille) et Perrier (de Bordeaux).

Le nombre des votants étant de 48, majorité 25, M. Audouard obtient 36 suffrages M. Cazeneuve 10, bulletins blancs, 2.

En conséquence, M. Audouard ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé correspondant de l'Académie.

M. le docteur Ollivier, médecin de l'hôpital Saint-Louis, lit un travail *sur la contagion de la fièvre typhoïde étudiée plus spécialement dans les hôpitaux de Paris.*

L'auteur a observé, dans le courant du mois de janvier de l'année dernière, dans son service à l'hôpital Saint-Louis, deux faits de fièvre typhoïde qui se sont produits sur deux jeunes femmes syphilitiques. Une jeune fille atteinte de fièvre typhoïde était entrée dans le service de M. Ollivier. Deux jeunes syphilitiques, couchées l'une dans le lit voisin de cette malade, l'autre dans un lit éloigné de quelques mètres, furent prises successivement de la fièvre typhoïde, alors que pas un seul cas ne s'était encore développé dans la salle, avant l'arrivée de la malade venue du dehors. M. Ollivier, considérait ces deux faits comme des cas certains de contagion, fit évacuer et nettoyer la salle. Il conclut que, dans les hôpitaux, il conviendrait : 1° d'éloigner des malades atteints de fièvre typhoïde les personnes jeunes et non encore acclimatées; 2° de prévenir le public du danger qu'il peut y avoir pour ces personnes à rendre des visites aux typhoïdiques, surtout des visites répétées.

—

M. Bouley a la parole, à l'occasion du procès-verbal et de la communication faite dans la dernière séance par M. Proust sur les accidents produits par l'usage de la graine du *Lathyrus cicera* employée comme aliment. M. Bouley appelle l'attention sur les faits de pathologie vétérinaire indiqués sommairement par M. Proust et qui ont une grande importance dans cette question.

Il s'agit d'une véritable expérience faite par un vétérinaire très instruit, M. Verrier, relative aux effets de l'introduction de la jarosse dans le régime alimentaire d'un certain nombre de chevaux.

45 chevaux furent soumis pendant plusieurs mois à l'usage de la jarosse mélangée à leur ration ordinaire, dans la proportion d'un à deux litres par jour pour treize litres d'avoine.

En même temps étaient mis comparativement en observation 150 chevaux soumis au régime ordinaire de l'avoine.

L'expérience fut commencée en 1869; vers le 12 janvier de l'année suivante, plusieurs chevaux présentèrent des symptômes de paralysie du train postérieur, joints à un cornage d'une intensité considérable qui nécessita l'opération de la trachéotomie, laquelle n'empêcha pas la mort plus ou moins rapide par asphyxie. On supprima alors la jarosse du régime alimentaire des chevaux, mais les effets morbides ne s'éteignirent pas avec la suppression de leur cause. Sur 45 chevaux, 29 furent atteints des accidents déjà mentionnés, c'est-à-dire de paraplégie et de troubles de la respiration amenant le cornage, l'asphyxie et la mort.

En même temps, sur les 150 chevaux nourris par leur régime ordinaire, aucun accident semblable ne se manifesta.

Il n'y a donc pas de doute sur la relation qui a existé, chez le premier groupe de 45 chevaux, entre la maladie et le régime alimentaire. La preuve en est évidente et absolument démonstrative.

A la même époque, M. Verrier fut appelé par un cultivateur des environs de Rouen pour voir des chevaux qui présentaient depuis quelque temps des accidents insolites.

Il reconnut les caractères de la maladie observée chez les chevaux précédents : faiblesse des reins et cornage. M. Verrier s'enquit de la nourriture que l'on donnait aux chevaux malades et apprit qu'ils mangeaient de la jarosse.

Ces jours derniers M. Bouley a reçu d'un médecin de province une lettre dans laquelle son correspondant lui cite des faits confirmatifs du danger de l'emploi de la jarosse dans la nourriture des animaux.

Des canards et des oies ayant mangé d'une pâtée faite avec de la farine de jarosse, périrent en grand nombre après avoir présenté des symptômes d'ivresse, de sommolence et de paralysie.

Toutefois dans les recherches faites par M. Bouley, au point de vue de l'action de la jarosse donnée aux animaux à titre d'aliments, il a constaté que les auteurs n'étaien pas d'accord sur ce point. Tandis que les uns recommandent la jarosse comme un excellent aliment qui n'aurait jamais d'inconvénients, d'autres, au contraire, signalent les dangers de cette substance. Il est probable que les observations de ces auteurs s'appliquent à des phases différentes de l'évolution de la plante dont il s'agit, ou encore à des espèces différentes qui, suivant M. Magne, seraient au nombre de quatre.

Il faudrait, dit M. Bouley, étudier ces espèces à toutes les périodes de leur développement et tâcher de découvrir le principe inconnu auquel la plante doit son action nuisible.

Quoi qu'il en soit, comme il résulte des observations faites sur le *Lathyrus cicera* que cette plante contient un principe particulier exerçant une action élective sur le centre

nerveux cérébro-spinal, M. Bouley se demande si l'on ne pourrait pas mettre à profit cette observation en expérimentant l'emploi du *Lathyrus cicera* dans le traitement préventif et curatif d'une maladie des plus terribles qui a son siège dans le système nerveux central, la rage.

Les découvertes récentes ont montré que la contagion des maladies virulentes est produite par le développement et la pullulation d'un élément vivant, le microbe. D'autre part, diverses observations et expériences ont prouvé dans ces derniers temps qu'il est possible de modifier, à l'aide de certains agents thérapeutiques, le milieu intérieur dans lequel se développent et pullulent les microbes, de manière à rendre ce milieu plus ou moins réfractaire au développement et à la pullulation des parasites : le sulfate de quinine, le mercure, l'arsenic, le cuivre paraissent exercer une influence favorable à titre de moyens préventifs de certaines maladies, en particulier de la fièvre intermittente et du choléra. Ainsi des expériences faites en Italie, semblent démontrer que l'arsenic aurait pour effet de préserver de la malaria. Les recherches statistiques de M. Burq sur l'action du cuivre comme moyen préservatif du choléra paraissent également rendre probable l'hypothèse de la préservation par cet agent. M. Bouley ne voit pas pourquoi l'on ne ferait pas l'essai du *Lathyrus cicera* comme agent préventif et curatif contre la rage.

— A quatre heures quarante-cinq, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Léon Labbé sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

La commission propose : en première ligne, M. Lannelongue; en deuxième, M. Le Dentu; en troisième, M. Terrier; en quatrième, M. Périer; en cinquième, M. Péan.

VARIÉTÉS

La vaccination obligatoire en Angleterre. — Cette question a été l'objet d'une importante discussion à la Chambre des communes de Londres, dans la séance du 19 juin dernier. M. Peter Taylor s'est fait le champion des antivaccinateurs, et chaque année, il ne manque pas de défendre son opinion devant le Parlement anglais. Cette année il a proposé la motion suivante : « Qu'il est inopportun et injuste d'appliquer dans toute sa rigueur la loi sur la vaccination et d'en faire tomber la sanction pénale sur ceux qui la considèrent comme injuste et dangereuse. » Lui-même a été partisan de la vaccination pendant un certain temps, mais il s'est convaincu depuis, par des recherches approfondies, qu'elle était une illusion, une erreur scientifique, et qu'elle ne comptait que des insuccès depuis Jenner. Ainsi, dans les trois grandes épidémies de 1857-1859, 1863-1865, et de 1870-1872, les décès par variole ont été de 14,000, 20,000 et 44,840. Et il adjure la Chambre de mettre enfin un terme à « la honteuse et infâme tyrannie » de la vaccine obligatoire.

Sir Lyon Playfair a fait remarquer qu'il y avait une grande distinction à faire dans la mortalité par variole entre les vaccinés et les non-vaccinés. Par exemple, à Londres, en 1881, la mortalité était de 90 par millier parmi les vaccinés et de 3,350 parmi les non-vaccinés. Il a fait valoir les arguments bien connus de tous en faveur de la vaccination obligatoire et a obtenu le rejet de la proposition de son adversaire à la majorité de 270 voix contre 16 seulement.

La discussion s'est terminée par l'adoption à l'unanimité de l'amendement de M. Playfair, ainsi conçu : « Considérant que la mortalité, dans les cas de variole, ayant beaucoup diminué depuis la pratique de la vaccination, il est absolument nécessaire, pour assurer le service de cette vaccination et par conséquent empêcher la dispersion de la variole, ainsi que ses désastreuses conséquences, de posséder une loi formelle mais susceptible de subir les modifications que peut suggérer l'expérience. »

Le véritable mode d'exécuter par pendaison. — Le docteur Graeme, professeur de maladies nerveuses, a présenté à la société médicale de New-York quelques observations sur la pendaison judiciaire qui paraissent pouvoir intéresser les physiologistes et les médecins légistes de tous les pays.

L'auteur a surtout pour but de montrer que le supplice de la pendaison, malgré les contorsions fréquentes du patient, n'est pas douloureux ; que la mort, dans ce mode d'exécution, résulte à la fois de l'interruption de l'arrivée de l'air aux poumons et de l'obstacle au retour du sang du cerveau au cœur; que, par conséquent, la strangulation dans ce supplice, est le fait essentiel, et qu'il est inutile de recourir au procédé révoltant qui consiste à faire tomber en l'air le patient au bout de sa corde, d'une certaine hauteur, en vue de luxer la deuxième vertèbre cervicale et d'amener une compression de

l'apophyse odontoïde sur la moelle, résultat qui manque souvent et qui, d'ailleurs, n'est pas incompatible avec le retour de la vie.

Beaucoup d'observations de pendus détachés à temps, y compris ce gentleman, cité par Bacon, qui se pendit à titre d'expérimentation et fut sauvé par un ami, prouvent que ce genre de mort est sans souffrance notable. Il n'est pas autrement certain que la première période soit accompagnée de sensations voluptueuses; mais elle l'est de perceptions lumineuses et de celle de bruits plus ou moins forts, indices du reflux du sang veineux au cerveau. Il n'est pas rare que la syncope se produise à ce moment. Dans la deuxième période, il y a des convulsions, mais qui n'accusent pas la douleur plus que celles des accès d'épilepsie; dans les deux cas, la conscience fait défaut.

Le docteur Hammond lui-même se fit un peu étrangler par deux de ses amis avec les précautions convenables (quand on aura interdit les vivisections, il faudra bien que les physiologistes opèrent sur eux-mêmes) et il nota: un sentiment de chaleur et de fourmillement, montant des pieds à tout le corps; l'obscurcissement de la vision, la perception de bruits confus... La conscience persistait, mais au bout de 80 secondes la sensibilité était abolie.

L'auteur demande que l'exécuteur ajuste la corde, d'ailleurs souple et solide, autour du cou du condamné, au-dessous du larynx, et que le patient soit enlevé par traction sur la corde, sans être précipité. S'il pèse moins de 150 livres, on lui attachera un poids suffisant aux pieds. Il restera suspendu 30 minutes.

(*The Sanatarian,* novembre 1882.)

FORMULAIRE

MIXTURE CONTRE LA GRAVELLE. — Golding Bird.

Carbonate de soude pur	6	grammes.
Acide benzoïque	2	—
Phosphate de soude	10	—
Eau bouillante	125	—

Faites dissoudre, filtrez et ajoutez:

Hydrolat de cannelle.	200	—

Deux cuillerées, trois fois par jour, dans la gravelle urique ancienne. — N. G.

MIXTURE CONTRE LA CHORÉE. — Steiner.

Liqueur de Fowler	8	gouttes.
Teinture simple d'opium.	6	gouttes.
Eau distillée	120	grammes.

Mêlez. — Quatre cuillerées à bouche par jour, dans la chorée, quand l'agitation est considérable et que les mouvements persistent pendant le sommeil. — Le professeur Ziemssen vante aussi les avantages de l'arsenic dans le traitement de la chorée. Il prescrit aux enfants sept à huit gouttes par jour de liqueur de Fowler, et huit à douze gouttes aux adultes. — Le professeur Wannebrouck, de Lille, préfère la solution d'arséniate de soude à la dose de 5 milligrammes par jour au début. Il arrive aux doses de 15 et 20 milligrammes par une augmentation quotidienne de 2 milligrammes. — Quatre cas de chorée rebelle ont été guéris de la sorte dans l'espace de huit à douze jours.

N. G.

COURRIER

BOURSES DE DOCTORAT. — Par arrêté ministériel, en date du 4 juillet 1883, l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le vendredi 27 juillet 1883.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. — Les registres d'inscription seront clos le mercredi 25 juillet, à 4 heures.

Conformément aux prescriptions du règlement du 15 novembre 1879, sont admis à concourir:

1° Les candidats pourvus de 4 inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du 20 juin 1878. — Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicales.

2° Les candidats pourvus de 8 inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques. — Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie.

3° Les candidats pourvus de 12 inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la première partie du deuxième examen probatoire. — Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie.

4° Les candidats pourvus de 16 inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la seconde partie du deuxième examen probatoire. — L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe.

5° Les candidats justifiant des grades de bachelier ès sciences et de bachelier ès lettres qui continuent leurs études d'après l'ancien régime, s'ils ont obtenu la note *bien* à l'examen correspondant à leur temps de scolarité. — Les épreuves seront les mêmes pour les étudiants de l'un et de l'autre régime d'études.

Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint qui ont subi chacun de ces examens avec la note *bien* pouront obtenir, sans concours, une bourse de première année.

Les sujets des épreuves seront adressés par le ministre aux recteurs, sous un pli cacheté qui sera remis au président du jury et décacheté par lui, en présence des élèves, à l'ouverture de la séance du concours.

Concours de l'agrégation, section d'anatomie et de physiologie. — Voici les dernières questions données aux candidats pour l'épreuve orale d'une heure après 24 heures de préparation:

M. Quenu: Les muscles moteurs du globe de l'œil, l'aponévrose orbitaire; M. Imbert: L'ovaire et la fécondation; M. Planteau: De la circulation pendant la grossesse et pendant les premiers mois qui suivent la délivrance; M. Wertheimer: Les sphincters, anatomie et physiologie.

Prosectorat. — Les candidats du concours pour la nomination à deux places de prosecteurs de la Faculté de médecine de Paris ont eu pour leur épreuve pratique d'histologie les deux questions suivantes: 1° Mettre en évidence les cellules qui forment les deux couches de l'épiderme cutané; 2° Les cellules des cornes antérieures de la moelle épinière.

Cette dernière épreuve a été suivie de la nomination de MM. Poirier et Michaux comme prosecteurs.

— A la suite du concours qui vient d'avoir lieu au Val-de-Grâce, les médecins militaires dont les noms suivent ont été nommés, par décision ministérielle du 24 juin 1883, à l'emploi de professeur agrégé à ladite Ecole, savoir:

M. Richard, médecin-major de première classe au régiment des sapeurs-pompiers de Paris (hygiène et médecine légale militaires).

Vaillard, médecin-major de deuxième classe au 75e d'infanterie (maladies et épidémies des armées).

M. Chavasse, médecin-major de deuxième classe au 10e hussards (clinique chirurgicale).

Création d'hôpitaux d'enfants. — Le Conseil municipal de Paris a voté dans l'une de ses dernières séances les résolutions suivantes:

1° Construction d'un hôpital pour les maladies aiguës de l'enfance;

2° Construction d'un second hôpital maritime;

3° Agrandissement de la section des enfants de la Salpêtrière;

Et a invité l'administration à lui soumettre à bref délai des projets à cet égard.

Il a également émis le vœu de la création d'un Institut municipal pour les enfants aveugles des deux sexes âgés de moins de douze ans, dont le service chirurgical serait confié à un chirurgien des hôpitaux.

Prix. — La question suivante: « Déterminer le mode de formation des globules rouges du sang, après la naissance, chez les mammifères » est mise au concours pour l'année 1885 par l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse. — S'adresser à M. Gatien-Arnoult, secrétaire perpétuel, rue Lapeyrouse, 3, à Toulouse, pour les renseignements.

— On demande, comme *locum tenens*, un docteur en médecine parlant anglais. S'adresser. 15, rue Caumartin, Paris, entre 2 et 4 heures.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

CLINIQUE MÉDICALE

Sur les adhérences pleurales anciennes.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 9 mars 1883,

Par le docteur F. Sorel.

On est frappé, dans le milieu hospitalier, du grand nombre de cadavres chez lesquels l'autopsie fait rencontrer des adhérences pleurales anciennes plus ou moins étendues, même en dehors de la tuberculisation pulmonaire.

C'est là un fait anatomo-pathologique qui paraît de minime importance. Cependant, outre que l'origine de ces adhérences n'est pas toujours des plus claires, elles constituent une tare organique qui, peut-être, doit prendre place dans la catégorie de ces états constitutionnels, mis à l'ordre des études par le professeur Verneuil, et capables de modifier l'évolution des maladies ultérieures. Voici, à ce sujet, les résultats tirés de cent vingt-six autopsies.

Fréquence. — Sur 44 militaires, de l'âge de 20 à 24 ans, ayant succombé à diverses maladies internes, la tuberculisation pulmonaire omise, j'ai trouvé des adhérences pleurales anciennes dans 11 autopsies, soit chez un quart des cadavres.

Sur 82 malades civils comprenant surtout des ouvriers peu ou point à l'abri des intempéries qui résultent des variations météorologiques, j'ai compté des adhérences pleurales anciennes dans 46 autopsies ; les 36 autres sont restées négatives. La tuberculisation pulmonaire a été, comme précédemment, mise hors de cause.

FEUILLETON

CAUSERIES

Le Médecin. — *Devoirs privés et publics,* par A. Dechambre. Paris, G. Masson, 1883.

Le livre que M. G. Masson vient d'éditer sous cette forme extérieure si agréable qu'on a appelée édition-diamant est en quelque sorte le bréviaire que tout médecin devrait consulter dans les circonstances où il n'est pas absolument sûr de la manière d'accomplir ses devoirs envers son prochain et envers lui-même. J'irai même plus loin, et puisque bréviaire il y a, je ne puis m'empêcher de conseiller à nos confrères d'en lire chaque jour quelques pages, afin de s'imprégner peu à peu de sa substance, et d'être prêt, le cas échéant, à agir sans hésiter quand il se trouve dans une de ces circonstances difficiles qui sont bien plus communes qu'on ne le pense, dans la vie du médecin.

J'ai déjà parlé du fond de ce livre, il y a quelques mois, lorsqu'il n'était encore que simple article de dictionnaire.

J'ai renvoyé alors, s'il m'en souvient bien, quelques-uns de mes honorables lecteurs, à l'article *Déontologie du dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.* Cet article est devenu tirage à part; mais, en changeant de titre, il a changé non seulement de format, mais encore de plan, et les cases de son cadre se sont remplies de maints détails qui n'avaient pu trouver place dans le dictionnaire.

Ce cadre est très vaste. Il embrasse la vie publique et la vie privée du médecin, ses devoirs envers lui-même et ses devoirs professionnels; ses qualités intellectuelles, litté-

De 16 à 20 ans,	1	a présenté des adhérences,	3	n'en ont pas présenté.
De 21 à 30 ans,	7	— —	8	—
De 31 à 40 ans,	16	— —	10	—
De 41 à 50 ans,	10	— —	4	—
De 51 à 60 ans,	9	— —	8	—
De 61 à 70 ans,	2	— —	2	—
De 71 à 80 ans,	1	— —	1	—

On voit par le relevé précédent que, comme on devait s'y attendre, la proportion des adhérences augmente à mesure que la vie se prolongeant, les occasions de maladies ont été plus grandes. Toutefois, dans le grand âge, les atteints et les indemnes sont en nombre égal; serait-ce que cette tare aurait rendu les maladies plus graves, et la mortalité plus grande, chez ceux qui la présentaient? Mes chiffres sont trop insignifiants pour conclure.

Siège, forme, étendue, — Relativement au siège chez les 11 militaires, 5 fois les adhérences ont été constatées à droite, 2 fois à gauche, 4 fois des deux côtés du thorax.

Chez les 46 civils, 22 fois elles siégeaient à droite, 8 fois à gauche, et 16 fois elles étaient doubles.

On remarquera la prédominance à droite, et dans les cas où elles étaient doubles presque toujours les adhérences étaient plus accusées de ce même côté droit.

En général, les deux plèvres étaient reliées entre elles par des brides fibro-celluleuses de consistance et de nombre variables, et plus ou moins lâches, La symphyse pleurale complète a été l'exception, et dans deux cas où elle était la conséquence d'une pleurésie gauche, il existait conjointement une symphyse cardiaque.

Les adhérences ont été rencontrées plus fréquemment aux deux tiers inférieurs et sur la paroi postéro-latérale externe du thorax; elles gagnaient quelquefois la face diaphragmatique. Dans les cas de bride unique, celle-ci siégeait au contraire sur la paroi antéro-latérale vers la région du mamelon; et le plus souvent du côté droit.

Trois fois la plèvre viscérale avait revêtu, dans une étendue limitée, l'apparence cartilagineuse.

Origine. — Les adhérences sont le produit d'une pleurite adhésive dont

---

raires et scientifiques, ses qualités morales, etc. Je m'arrête en passant sur les qualités morales.

On peut développer l'intelligence, l'instruction, la mémoire, presque autant que la force musculaire, par l'exercice. Mais les qualités morales, qui font que le médecin n'est pas absolument un être semblable à tous les autres; cette dignité qui lui est propre; cette honnêteté qui lui fait repousser le charlatanisme; cette indépendance de caractère qui le porte à n'agir, dans sa conduite et ses jugements, que d'après sa conscience; ce courage qui lui fait affronter le danger des épidémies les plus meurtrières, tout cela s'acquiert-il? Non, certes. De même qu'on naît poète, je crois qu'on apporte en naissant les qualités qui sont l'apanage du médecin, et ceux-là même qui sont les mieux doués au point de vue des qualités *physiques* peuvent parfois manquer de qualités morales. M. Dechambre en cite maints exemples. Galien a fui Rome au moment où la peste y régnait; Sydenham s'échappa de Londres dès le début d'une grande épidémie pestilentielle en 1665; « de tout temps, ajoute-t-il, les historiens des maladies épidémiques ont signalé la désertion d'un certain nombre de médecins, et c'est de nos jours qu'une ville du nord de l'Italie donna sous ce rapport, dit-on, car je présume et j'espère une exagération, un fâcheux spectacle dans une épidémie de choléra ».

Mais à côté de ces défaillances, que d'actes de courage! que de noms, parmi ceux qui les ont payés de leur vie, pourraient remplir les plaques de marbre consacrées au martyrologe des élèves des hôpitaux: on pourrait en inscrire un à l'hôpital du Midi; comme le fait n'est pas rapporté dans le livre pourtant si bien rempli de M. Dechambre, je demande à mes lecteurs la permission de le rappeler.

C'était vers 1848. Un malade atteint de laryngite syphilitique était sur le point d'as-

l'origine n'est pas toujours facile à préciser, forcé étant de négliger les renseignements trop souvent erronés ou contradictoires des malades qui ont perdu le souvenir des maladies antérieures ou en ont ignoré la nature. Cependant, on peut conclure que si la pneumonie et la pleurésie avec épanchement en sont le point de départ fréquent, on est loin de retrouver toujours ces maladies dans les antécédents des malades.

Là où a été accusée une pneumonie ou une pleurésie uni-latérale, il n'est pas rare de constater des adhérences doubles; on peut les regarder comme l'effet soit d'une pleurésie partielle, qui a évolué silencieusement, soit d'une pleurite sèche, localisée et déterminée par la congestion active du poumon sain.

La bronchite à ses divers degrés peut provoquer des altérations limitées de la plèvre et devenir la cause d'adhérences.

Le rhumatisme des parois thoraciques semble engendrer ces brides isolées, souvent uniques, qui siègent un peu en dehors du mamelon; peut-être la névralgie intercostale, le zona ont-ils le même effet.

Dans trois cas de tuberculoses aiguës, observés chez des soldats et à localisation méningée, je n'ai noté des adhérences pleurales anciennes que dans un cas.

Les affections chroniques retentissent plus ou moins, au cours de leur évolution, sur le poumon et la plèvre, et peuvent, soit indirectement en modifiant les conditions de la circulation, soit par action de voisinage, être l'occasion d'une pleurite adhésive limitée.

Dans six cas de cirrhoses atrophiques du foie, quatre fois j'ai rencontré des adhérences pleurales anciennes, deux fois à droite et deux fois de chaque côté de la poitrine.

Dans deux autres cas où la cirrhose était manifestement d'origine alcoolique et où la tuberculisation pulmonaire vint terminer la scène, il existait des adhérences anciennes antérieures à la tuberculisation.

Au contraire, les adhérences manquaient dans deux cas de cirrhose biliaire, bien que sur un des cadavres le foie fût rattaché au diaphragme par des brides fibreuses résistantes.

Dans le paludisme chronique, où fréquemment le foie et surtout la rate adhèrent aux organes voisins, les adhérences pleurales se sont montrées rares; sur 10 cas, 7 sont négatifs, les 3 autres présentaient des adhérences doubles.

---

phyxier; déjà on avait appliqué, sans grand résultat, un ou deux vésicatoires sur le devant du cou pour diminuer l'obstacle à l'entrée de l'air dans les voies aériennes, il fallut enfin pratiquer la trachéotomie. La trachée ouverte, la respiration reste encore gênée par le sang, la sanie, le mucus qui obstruent l'arbre bronchique. Ne voyant que le salut du malheureux, le chirurgien applique ses lèvres sur la plaie, sur cette région dénudée par le vésicatoire, et aspire les liquides qui s'opposent au passage de l'air. Le malade respire librement, et pendant que le chirurgien se lave la bouche, des applaudissements frénétiques éclatent de tous les points de l'amphithéâtre.

« Messieurs, dit l'opérateur, il n'y a pas de quoi applaudir; si l'un de vous n'est pas capable de faire la même chose, il peut se retirer; il n'a pas les qualités nécessaires pour faire un médecin. »

Tout le monde connaît le chirurgien illustre qui pratiquait à l'hôpital du Midi vers 1847; je n'ai donc pas besoin de le nommer; d'ailleurs le fait est raconté en détail dans l'intéressant livre de M. Yvaren sur les métamorphoses de la syphilis.

Mais nous n'en sommes encore qu'au commencement de l'ouvrage de M. Dechambre. Il nous faut encore connaître les devoirs du médecin vis-à-vis de ses clients, vis-à-vis de ses confrères, graves questions qui ont déjà suscité, comme les tumeurs du médiastin, plus de querelles qu'il n'y en a eu de cas. Il faut méditer ces pages qui échappent à toute analyse.

Vient une dernière partie consacrée aux devoirs et droits du médecin public, et dans laquelle se trouve tout ce qui ressortit à l'hygiène publique, à l'assistance médicale hospitalière, à l'exercice de la profession médicale dans ses rapports avec la loi et la

On serait porté à croire que les affections organiques du cœur, tant à cause de leur origine souvent rhumatismale que de la stase circulatoire qu'elles entraînent, devraient amener l'irritation adhésive des feuillets pleuraux; cependant, il n'en paraît pas être ainsi, car, sur 10 cas, j'en relève 7 négatifs, 2 ont donné lieu à des adhérences à droite, et 1 à des adhérences doubles.

Les adhérences par pleurites localisées peuvent encore avoir pour origine les traumatismes du thorax tels que contusion, plaies, fractures des côtes, ou les affections externes de la paroi, comme phlegmons, furoncles, périostites; peut-être l'application des vésicatoires ou des pointes de feu ont-elles le même effet?

Des adhérences anciennes considérées comme état constitutionnel. — Le professeur Richet, dans son *Traité d'anatomie médico-chirurgicale*, a étudié avec le plus grand soin leur rôle dans les plaies pénétrantes de poitrine.

Bien qu'elles puissent avoir un effet bienfaisant en limitant un épanchement liquide ou gazeux de la plèvre, les adhérences pleurales anciennes doivent être surtout considérées comme créant dans l'organisme un lieu de moindre résistance par suite des entraves qu'elles apportent au fonctionnement normal du poumon, dont l'intégrité n'est du reste plus complète à leur niveau.

A ce titre, elles pourront servir de point d'appel aux dégénérescences spécifiques et rendre le poumon plus vulnérable; de là la détermination pulmonaire des tuberculisations secondaires consécutives aux affections chroniques, soit à la pleurésie elle-même; de là la répétition sur le poumon des phlegmasies communes sous l'influence de causes banales.

Après avoir favorisé l'éclosion de la maladie, elles en rendent les effets plus redoutables; l'hépatisation grise sera plus à craindre dans un poumon déjà compromis; et dans le cas où le poumon resté sain est atteint soit de pneumonie, soit de pleurésie, la respiration complémentaire se fera moins bien dans un organe adhérent qui fonctionne mal et se trouve prédisposé aux congestions tant actives que passives.

Elles contribueront à éterniser la bronchite chronique dont elles empêchent la guérison, et faciliteront la formation des dilatations bronchiques.

Enfin, certains faits, rares il est vrai, paraissent indiquer que les adhérences pleurales anciennes peuvent modifier l'évolution des maladies géné-

---

jurisprudence, à l'enseignement de la médecine, enfin au service de santé de l'armée et de la marine.

« On parle souvent de ses droits, nous disait un jour le regretté Barth, mais on parle moins souvent de ses devoirs. » Peut-être est-ce parce qu'on les connaît peu, les uns et les autres. Le livre de M. Dechambre nous permettra d'écarter à l'avenir cette lacune dans notre instruction, pourvu qu'on veuille bien se donner la peine de le lire avec toute l'attention qu'il mérite.

Pour cette dernière partie, M. Dechambre déclare qu'il doit beaucoup à M. A.-J. Martin, qui lui a rendu le service de ménager un temps dont il doit être avare. En lisant les pages si élégantes et si nourries de faits qui composent ce traité des droits et devoirs du médecin, on peut songer qu'une telle expérience ne s'acquiert pas dès la première jeunesse; mais on ne peut croire que l'auteur se sente déjà obligé de ménager son temps : M. Dechambre ne peut songer encore à faire valoir ses droits à la retraite.

*
* *

Causerie sur le médecin a différentes époques, par le docteur E. Delthil, Paris, Lauwereyns, 1883.

Voici une nouvelle manière de considérer le médecin. M. Delthil parle de sa condition sociale et morale; des études, des grades, des costumes, des honoraires et des emblèmes des gens de cette professsion, sans oublier leurs qualités et même leurs ridicules. Pour être d'une facture un peu plus légère que le précédent, le petit livre de M. Delthil n'est donc pas dépourvu d'intérêt, tant s'en faut. Car il ne s'agit pas seulement d'une

rales en provoquant des déterminations congestives du côté des poumons. La maladie revêt alors la forme thoracique et reste soumise à tous les dangers qu'entraîne cette localisation dans un organe taré. Je terminerai en fournissant cinq exemples à l'appui.

Obs. I. — C..., 23 ans, soldat au 3e de zouaves, entre à l'hôpital de Bône le 28 août 1879 venant de Mondovi, lieu très malsain, où depuis plusieurs jours il est en proie à la fièvre. Il est apyrétique à l'entrée; malgré l'usage du sulfate de quinine, un *accès pernicieux* survient dans la nuit du 29 au 30, *les symptômes asphyxiques diminuent* et correspondent à un état congestif des poumons. La mort a lieu le 30 août dans l'après-midi.

A l'autopsie on trouve, à droite, des adhérences pleurales anciennes généralisées; il existe des ecchymoses sous-pleurales, et le poumon est très congestionné. A gauche, le poumon est libre et la congestion moindre.

Obs. II. — F..., François, 29 ans, forgeron, venant du Korata, est apporté à l'hôpital de Sétif le 3 août 1880 à 7 heures du soir. *Fièvre pernicieuse délirante avec détermination pulmonaire.* Symptômes asphyxiques. Mort à minuit.

A l'autopsie, les deux poumons présentent des adhérences pleurales anciennes et sont très congestionnés.

Obs. III. — B..., Louis, 23 ans, cavalier au 4e de hussards, entre à l'hôpital de Sétif le 4 décembre 1880. *Fièvre typhoïde ambulatoire* arrivée environ au douzième jour; dyspnée vive; *symptômes thoraciques prédominants;* état congestif des poumons; asphyxie progressive. Mort le 5 décembre à 7 heures du soir.

A l'autopsie, les lésions de l'intestin sont peu accentuées; on trouve quelques plaques molles dans l'iléon.

Symphyse pleurale à droite, ancienne, avec congestion intense du poumon. A gauche, les adhérences, anciennes aussi, occupent les faces postérieures, externes et diaphragmatiques du poumon qui est congestionné.

Obs. IV. — O..., Antoine, 49 ans, jardinier, entre à l'hôpital de Sétif le 24 août 1880. Impaludé et alcoolique prononcé, il a eu une pneumonie en janvier 1880. Aujourd'hui, accidents d'alcoolisme avec *état congestif des poumons* accompagné de fièvre subcontinue. Erysipèle naissant à la face le 12 septembre; symptômes asphyxiques. Meurt le 19 septembre tout au matin.

A l'autopsie: adhérences pleurales doubles; congestion pulmonaire voisine en certains points de l'inflammation.

Obs. V. — C..., Hippolyte, 35 ans, scieur de long, séjourne à l'hôpital de Sétif du 17 avril au 8 septembre 1881, pour une pleurésie gauche avec vaste épanchement ayant refoulé le cœur à droite et nécessité la thoracentèse. Le malade présente au cours de la maladie quelques accidents d'alcoolisme, et le rétablissement se fait très lentement.

étude générale du médecin dans tous les temps et dans tous les pays. M. Delthil commence bien son livre par là, mais il arrive vite au point principal, c'est-à-dire au rôle des Blésois dans la Renaissance de la médecine. Car la *Causerie* de M. Delthil a été faite pour une société de province, appelée *Société amicale de Loir-et-Cher*, dont il fait partie, et il a profité de sa qualité de médecin pour faire la biographie de ses confrères du passé, nés dans le Loir-et-Cher, qui ont jeté un certain éclat sur ce département par leurs talents, leur savoir et les productions de leur esprit. La biographie n'a pas moins profité elle-même des fouilles que l'auteur a dû faire, car il a pu établir ainsi que Bretonneau était né à Saint-Georges, dans le Loir-et-Cher, et non dans l'Indre-et-Loire, et que la pomme de terre était déjà cultivée depuis plus de cent cinquante ans à Blois lorsqu'elle fut vulgarisée par les soins de Parmentier.

M. Delthil trace la biographie des grands médecins qui sont nés à Blois ou les environs, en redressant chemin faisant les erreurs commises sur le compte de leurs faits et gestes. Il pense que des recherches analogues, entreprises dans chaque département, augmenteraient les archives de la patrie de documents précieux enfouis dans les bibliothèques de province. M. Verneuil, en présentant le livre à l'Académie de médecine, a soutenu de son autorité cette opinion; nous ne pouvons mieux faire que de joindre notre adhésion à celle d'un maître aussi expert dans tout ce qui concerne la puissance des recherches faites dans les bibliothèques anciennes et nouvelles.

L.-H. Petit.

On l'apporte de nouveau à l'hôpital le 23 décembre 1882; il serait malade depuis 4 à 5 jours. Symptômes cérébraux marqués par du délire, de la céphalalgie et quelques convulsions; on ne produit pas la raie méningitique; symptômes thoraciques prononcés; les battements du cœur sont sourds. Mort par asphyxie le 27 décembre à 9 heures du matin.

A l'autopsie, symphyse cardiaque. Adhérences pleurales généralisées des deux côtés gagnant à droite la face diaphragmatique; les poumons, volumineux, livides, sont très congestionnés; à l'œil nu, absence de tubercules.

La substance cérébrale est saine; de très petites granulations grises se trouvent le long des vaisseaux sylviens au niveau des scissures de Sylvius et de Rolando; point de trace d'inflammation des méninges.

Il existe des tubercules jaunes disséminés dans le mésentère.

Dans cette observation, les adhérences pleurales, ainsi que celles du péricarde, en empêchant le rétablissement complet de la santé, ont provoqué l'explosion d'une tuberculose secondaire; mais, de plus, avant que celle-ci ait eu le temps d'évoluer, la mort est arrivée par la congestion pulmonaire à laquelle ces mêmes adhérences ont donné une gravité immédiate.

Cette courte note n'est que l'ébauche grossière et bien incomplète d'un sujet qui ne manque pas d'intérêt; le problème est ardu et demande, pour être résolu, de très nombreuses observations.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

Depuis dix-sept jours que règne l'épidémie actuelle en Egypte, le total des décès s'élève à 2,884, mais leur répartition s'est modifiée. En décroissance à Damiette, ils sont en augmentation à Mansourah, dont la situation est des plus graves en l'absence de vivres, de médecins et de médicaments.

Le 11 juillet, les décès cholériques ont été de 183, dont 5 à Chirbine, 90 à Mansourah, 1 à Zifta, 1 à Milgam et 22 à Samanoud. Plusieurs soldats du cordon d'isolement de ces villes ont succombé à la maladie.

Le Conseil fédéral suisse, en prévision de l'introduction du choléra en Suisse par le tunnel du Saint-Gothard, a prescrit l'application de l'article 32 de la Constitution fédérale. Ces mesures ne sont pas inutiles en présence du débarquement en Italie de provenances orientales, mises en libre pratique après une trop courte quarantaine.

En terminant, signalons un rapport de la Société de médecine publique et d'hygiène relativement aux mesures de prophylaxie, et une brochure que la commission de cette Société vient de publier sous le titre de : *Conseils hygiéniques en vue du choléra*. — C. E.

JOURNAL DES JOURNAUX

De la greffe-éponge, par Keudal Francks et P. Abraham. — Le professeur Hamilton est le premier qui ait proposé de traiter certaines plaies accompagnées de perte de substance par la méthode dite de la greffe-éponge. La plupart du temps la cicatrice, dans ces cas, est disgracieuse, parce que la totalité du tissu n'a pu être restaurée; la nouvelle méthode consiste à fournir une sorte d'échafaudage au tissu de nouvelle formation destiné à combler la perte. L'échafaudage n'est autre que les trabécules fines et multipliées de l'éponge, qui n'a d'ailleurs aucune propriété spéciale; son rôle est purement passif.

L'éponge est préparée de la manière suivante; elle est plongée pendant 48 heures dans de l'acide nitro-muriatique très étendu, puis lavée dans de l'eau fraîche et successivement dans une solution de potasse, où elle se débarrasse des substances grasses et calcaires, et finalement plongée dans une solution phéniquée où on la conserve jusqu'au moment d'en faire usage. L'éponge est ainsi réduite à sa trame légère qui, étant de nature animale, n'agit pas comme un corps étranger. Lorsqu'on la place au contact d'un tissu bourgeonnant, on constate qu'elle ne tarde pas à devenir adhérente aux tissus sous-jacents, et l'examen histologique pratiqué sur des coupes à différentes époques du greffage par Hamilton prouve que les trabécules servent de support à un tissu embryonnaire qui infiltre la masse de l'éponge ; dans ce tissu de nouvelle formation apparaissent des capillaires; les filets nerveux n'ont pu être découverts.

Le tissu embryonnaire se montre à différents âges, suivant que la coupe histologique est pratiquée sur la face profonde où sur la face superficielle de l'éponge, et s'organise progressivement en tissu conjonctif parfait; la trame de l'éponge finit par être intégrée, et au bout d'un certain temps le microscope constate la disparition graduelle et bientôt complète des trabécules inorganiques. Des bords de l'ulcération, des cellules épidermiques s'avancent en promontoire vers le tissu de réparation, qui ne tarde pas à être atteint et recouvert.

Les expériences et les résultats cliniques obtenus et relatés avec détails montrent l'application de la méthode dans des cas de vastes pertes de substance que le processus naturel n'aurait jamais réussi à combler; mais on ignore encore si le tissu embryonnaire formé dans l'éponge peut s'organiser ultérieurement en un tissu isomorphe au tissu ambiant et régénérer par exemple du tissu osseux ou du tissu musculaire.

Dans un cas de nécrose du fémur, le séquestre ayant été enlevé, on plaça dans la perte de substance un fragment d'éponge convenablement préparé; dans une autre circonstance, la greffe fut mise au milieu des muscles de la cuisse et, dans ces deux cas, l'éponge paraît avoir été parfaitement intégrée. Lorsque l'éponge se remplit de pus, le procédé échoue. Kelly, Donnel, Hutton ont constaté avec les auteurs de ces expériences l'effet remarquable de stimulation que dans les cas d'ulcération surtout l'éponge exerce sur le processus de réparation.

Quelques jours à peine après l'application de ce mode de greffage, l'aspect de l'ulcère se modifie; les bords deviennent vivaces et la cicatrisation est hâtive, au point que ce moyen est recommandable surtout dans ces cas d'ulcérations indolentes qui défient tous les efforts du chirurgien, alors même que la perte de substance est peu considérable.

L'emploi de l'éponge peut échouer lorsque les bords de l'ulcère, au lieu d'être plats et indéterminés, sont au contraire élevés, et bien marqués et que la surface de l'éponge n'est pas sur un plan inférieur à celui des bords. Dans ces cas on suppose que le tissu jeune, enserré par une trop hâtive cicatrisation périphérique, est étouffé et s'escharifie. C'est ce qui explique les insuccès qu'on a obtenus, lorsqu'au lieu d'étaler de fines lames d'éponge, on a employé des morceaux grossièrement découpés.

Les pièces d'examen ont d'abord été plongées et durcies pendant environ 15 jours dans le liquide de Müller, puis dans l'alcool. Les coupes, faites à l'aide du microtome de Willam, ont été colorées au picro-carminate et à l'hématoxyline. (*Socalled Sponge-grafting in The New-York Medical Abstract, April 1883.*)

Traitement de la crampe des écrivains. — Par le Dr Benjamin LEE. — La crampe des écrivains se présente sous deux formes distinctes : l'une est constituée par une véritable contracture des fléchisseurs, l'autre par une paralysie des antagonistes. Toutes deux sont reconnues pour être très rebelles lorsqu'elles datent de longtemps.

Le docteur Lee présente deux modifications de l'appareil de Velpeau. L'un de ces appareils modifiés est plutôt applicable aux cas où la crampe des écrivains est liée surtout à la paralysie ou à la parésie des extenseurs. Il se compose d'une forme de bois oblongue, piriforme, que l'on applique dans la paume de la main; à cette pièce de bois est fixée une tige qui présente deux anneaux pour l'index et le médius; le porte-plume passe sous l'index et entre le pouce et le médius dans la position naturellement adoptée.

L'autre appareil modifié a été proposé par le professeur Nussbaum de Munich, l'année dernière. D'après les recherches de Lee, cet appareil convient surtout aux cas où la contracture des fléchisseurs prédomine. Il consiste en un bracelet auquel est fixé une mince bande de caoutchouc durci, assez large pour coiffer le pouce, l'indicateur et le médius convenablement étendus. A la partie dorsale de ce capuchon est fixé le porte-plume, de telle façon qu'on puisse faire varier sa longueur et sa direction suivant les cas. Le docteur Lee a produit au sein de la Société médicale de Pensylvanie une lettre d'un malade qui se sert depuis plusieurs mois du bracelet de Nussbaum, avec spécimens de l'écriture avec ou sans le bracelet et qui témoignent de l'utilité de cet appareil. — *(The Medical Record, 12 May 1883.)*

Rapport de l'asthme avec l'irritation des cavités nasale et pharyngée, John O. RŒ. — *Conclusions* : La production d'accès d'asthme par le passage du pollen de certaines fleurs ou de la poussière des graminées à travers les cavités des fosses nasales et du pharynx met en lumière l'influence que l'irritation de la muqueuse des voies respiratoires supérieures exerce sur la genèse de l'affection chez certains sujets.

— Cette influence, qui est nulle pour les uns, est au contraire absolument prépondérante chez certains autres.

— Dans ces derniers cas, l'hyperesthésie des cavités nasale et pharyngée est une

conséquence ou un phénomène concomitant d'un état morbide plus ou moins latent de la muqueuse qui tapisse ces cavités, et presque toujours à cette condition morbide se joint une hypertrophie vasculaire de la portion de la muqueuse qui tapisse les cornets et la partie inférieure du septum.

— Le trouble dyspnéique spécial qui en résulte est l'effet de cette irritation locale, née primitivement dans un tissu malade et se propageant au larynx, aux bronches et aux poumons. L'irritation détermine dans ces organes une fluxion hyperhémique, par action réflexe sur les ganglions sympathiques qui président aux fonctions vaso-motrices communes aux différentes régions de l'appareil respiratoire.

— Le traitement de l'accès ne peut être que palliatif; la plupart du temps, on n'obtient de véritable soulagement qu'en envoyant les malades soit aux bords de la mer soit dans des régions montagneuses, dans un air pur où ils sont soustraits aux causes d'irritation de la muqueuse malade.

— Le traitement curatif ne peut être abordé que lorsque le malade est momentanément débarrassé de ses accès.

— On obtient la guérison définitive de ces cas d'asthme en détruisant les parties hypertrophiées de la muqueuse nasale, soit à l'aide du galvano-cautère, lorsque le siège de la lésion est très antérieur, et alors on fera plusieurs cautérisations successives à quelques jours d'intervalle, soit en se servant de l'anse nasale de Jervis si l'hypertrophie siège dans la profondeur des cavités nasales. Ce tissu hypertrophié affectant alors assez souvent la disposition pédiculée, on peut espérer embrasser le pédicule dans l'anse et le sectionner d'un seul coup. (*New-York Med. Journal,* 12 and 19 May 1883.)

Du catarrhe naso-aural et de son traitement rationnel, par le docteur Mackenzie. — La toux réflexe est d'une extrême fréquence dans le catarrhe naso-aural, au point que le docteur Mackenzie la regarde comme étant la règle.

En dehors des processus pathologiques locaux, la toux réflexe est provoquée par l'irritation, même artificielle, de la muqueuse qui tapisse le sinus inférieur et les cellules ethmoïdales inférieures, surtout de celle qui revêt les parties postérieures de ces régions, ainsi que de la muqueuse richement vasculaire qui recouvre la moitié postérieure et inférieure du septum. En d'autres termes, il existe dans l'arrière-cavité des fosses nasales une région de sensibilité réflexe anologue à la région que Stoerck, Vulpian et d'autres ont découverte pour le larynx. Bien des toux restées rebelles et sans cause apparente dépendaient de cette obscure origine, dont la connaissance met la clef du traitement entre les mains du praticien. (*Communication au Congrès de Baltimore*, du 2 avril 1883. — *Medical Record*, 12 may 1883.)

Du nitrite d'amyle et de la nitro-glycérine dans l'asthme urémique, par le docteur Sheen. — Le docteur Sheen de Cardiff a réuni un certain nombre de cas dans lesquels le nitrite d'amyle aurait réussi à soulager momentanément des accès de dyspnée éclatant dans le cours de la maladie de Bright. Il est probable que cet éther agit en faisant cesser le spasme artériel et en diminuant la pression sanguine. La nitro-glycérine possède une action identique ; on peut prescrire deux ou trois fois par jour une goutte de la solution alcoolique au centième ou bien de petites tablettes de chocolat qui contiennent chacune une goutte de cette solution. L'effet obtenu par ce mode d'administration est moins actif et moins rapide. (*Nitrite of Amyl and Nitro-glycerine in Uræmic Asthma, British Medical Journal*, 21 april 1883.) — L. Dn.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Eug. Marchand adresse à M. Dumas une lettre sur l'examen des corpuscules tenus en suspension dans l'eau.

« Parmi les caractères essentiels de la potabilité de l'eau, celui de sa limpidité doit être impérieusement exigé. En général, et cela est ordinairement suffisant, on le constate en s'assurant, par un simple examen, de la transparence parfaite du liquide, mais on obtient un renseignement plus complet quand on fait traverser, par un rayon de soleil, l'eau renfermée dans un flacon de cristal entouré d'un papier noir portant deux ouvertures rectangulaires opposées, dont l'une est destinée au passage du fluide lumineux, tandis que l'autre reçoit le regard de l'observateur. Lorsque le liquide est optiquement pur, la lumière le traverse sans obstacle; mais, pour peu qu'il soit chargé de particules maintenues en suspension, chacune de ces particules, en s'éclairant, devient appréciable à la vue, lorsque, sans cet artifice, elles resteraient toutes invisibles.

Il n'y a rien de nouveau dans ce mode d'examen; c'est l'application du procédé employé par M. Tyndall pour constater la pureté optique de l'air. Malgré cela, il ne paraît pas avoir été mis en œuvre jusqu'à ce jour; car, ayant pensé à m'en servir, il m'a conduit, tout récemment, à une constatation d'un très haut intérêt: il s'agit de la présence constante de certains corpuscules dans toutes les eaux du pays de Caux, et qui, j'en ai la certitude maintenant, doivent se retrouver dans les eaux naturelles de tous les pays.

Ces corpuscules, qui, jusqu'à présent, avaient échappé à mes recherches, sont hyalins et doués d'un pouvoir réfringent à peu près égal à celui de l'eau. Parmi eux il en est qui présentent des vacuoles remplies d'eau ou de gaz. D'autres se présentent sous la forme de disques analogues aux diatomées discoïdes. Ils ont tous une densité supérieure à celle de l'eau de mer (1,026) qui en contient des myriades, au moins à Fécamp. Ils résistent aux attaques des acides minéraux dilués et à celles des alcalis caustiques étendus. Ainsi que je l'ai dit, je les ai retrouvés dans toutes les eaux que j'ai pu examiner jusqu'à présent: eau de mer, eau des sources et des puits, eaux courantes, eaux pluviales, et même dans l'eau distillée qui a subi pendant quelque temps le contact de l'air, ce qui porte à croire qu'ils sont répandus aussi dans l'atmosphère.

Quoique présentant des diamètres de $0^{m},002$ environ, ils sont tellement flexibles, tellement malléables, qu'ils passent au travers des filtres les plus serrés, car un grand nombre de ceux qui sont contenus dans les eaux prises en boisson traversent le rein et se retrouvent encore dans les urines.

Les germes des euglènes existent parmi ces corpuscules, et cette circonstance explique la profusion avec laquelle les matières vertes, surtout celle qui porte le nom de Priestley, se développent dans tous les lieux exposés à la lumière solaire, directe ou diffuse, et à l'humidité.

Parmi ces petits organismes, il en est qui me paraissent jouer un rôle éminemment actif dans l'épuration des eaux chargées de matières organiques en putréfaction, ou susceptibles d'y entrer lorsque ces eaux, qu'elles soient courantes ou stagnantes, sont exposées au contact de l'air. On sait que les matières en question s'oxydent alors et se transforment en acide carbonique et en ammoniaque ou en acide nitrique. Jusqu'à présent, on a admis que l'intervention de l'élément comburant se manifeste par une action directe. Je suis porté à croire, maintenant, qu'elle n'est que la conséquence d'un phénomène de nutrition subi par quelques-uns des corpuscules en question, peut-être même par tous. J'ai commencé, à cet égard, une série d'expériences et d'observations dont je soumettrai plus tard les résultats à l'Académie. Cette première Communication est faite surtout pour prendre date; mais, dans tous les cas, la profusion avec laquelle ces petits êtres *non microscopiques* sont répandus me paraît devoir être considérée comme un signe certain de l'importance du rôle qu'ils sont appelés à jouer dans la nature. »

M. Vulpian présente une note de M. H. de Varigny intitulée : *Influence exercée par les principes contenus dans l'eau de mer sur le développement d'animaux d'eau douce.*

« Il peut être intéressant de rechercher quels sont, parmi les principes salins contenus dans l'eau de mer, ceux qui exercent l'action la plus nuisible sur les animaux d'eau douce. A cet effet, j'ai étudié l'influence de ces principes sur le développement des œufs et sur les animaux mêmes. Il ne sera question dans cette note préalable que des expériences faites sur les œufs de grenouilles et sur les têtards.

Parmi les principes dissous dans l'eau de mer, il en est deux sur lesquels il semble inutile de faire des recherches expérimentales : ce sont le sulfate de chaux et le carbonate de chaux. La nature, en effet, nous montre par de nombreux exemples que le développement des œufs et des têtards se fait parfaitement bien dans les eaux saturées de gypse et de calcaire. Du reste, la quantité de ces principes que l'eau peut dissoudre est, on le sait, extrêmement faible. Nous avons donc laissé de côté ces deux sels.

Restent, parmi les principes contenus en quantité notable dans l'eau de mer, les chlorures de sodium, de magnésium et de potassium et le sulfate de magnésium.

Il y a environ 2 gr. 20 de sulfate de magnésie par litre dans l'eau de mer. Une solution d'eau de rivière contenant cette proportion de ce sel et renfermant quelques herbes aquatiques a reçu une assez grande quantité d'œufs de grenouille. Les œufs y ont parfaitement éclos, et les petits s'y sont très bien développés, sans que la mortalité dépassât celle que nous observions dans des bocaux contenant de l'eau pure et souvent renouvelée. Le sulfate de magnésie ne nuit donc pas à l'éclosion des œufs ni au développement des têtards. J'ajouterai que les têtards nés dans la solution renfermant 2 gr. 20 de sulfate de magnésie par litre n'ont aucunement souffert lorsque peu à peu la proportion du sel a été accrue au point que le rapport était de 4 gr. par litre.

Le sulfate de magnésie n'est donc pas, à la dose où il existe dans l'eau de mer, un principe nuisible aux animaux d'eau douce.

Le chlorure de potassium, que l'on trouve à la dose d'environ 0 gr. 7 par litre, n'est

pas non plus un principe bien actif. Dans une solution renfermant ce sel dans la proportion indiquée, les œufs se sont très bien développés, et les têtards n'en ont pas souffert. J'ai pu élever la teneur du liquide à plus de 3 gr. par litre sans inconvénient pour eux.

Le chlorure de magnésium existe dans l'eau de mer à la dose d'environ 3 gr. 5. Les œufs placés dans une solution renfermant ce sel à la dose indiquée se sont bien développés; les têtards y ont vécu sans peine, et, à l'heure qu'il est, ils vivent dans une solution renfermant une quantité un peu plus considérable de ce sel, soit 4 gr. par litre.

Ces trois sels, chlorure de magnésium, chlorure de potassium et sulfate de magnésium, ne semblent exercer aucune mauvaise influence sur le développement des œufs ni sur celui des têtards. Il en est autrement du chlorure de sodium. Ce sel, qui se trouve à la dose de 20 gr. ou 25 gr. par litre d'eau de mer, nuit beaucoup au développement des œufs de grenouille et des têtards. Il m'a été impossible d'obtenir une seule éclosion dans une solution contenant 20 gr. par litre. Le manque d'œufs de grenouille m'a empêché de savoir à partir de quelle dose la présence du chlorure de sodium entrave l'éclosion. L'influence de ce sel sur le développement des têtards est considérable. Je n'ai pu faire vivre dans une solution composée de 2 litres d'eau douce et de 2 litres d'eau de mer que des têtards déjà âgés, encore apodes, il est vrai, mais longs de 0^{m},04 ou 0^{m},05. Les têtards de dix ou vingt jours y sont toujours morts rapidement. Pour ces derniers, ils ne peuvent vivre dans une solution contenant plus de 10 gr. à 12 gr. de sel par litre ; encore faut-il agir progressivement.

Les têtards âgés de un mois ou six semaines que l'on force à vivre dans une solution composée d'eau douce et d'eau de mer à parties égales se développent très peu et ne grossissent guère.

En résumé, le chlorure de sodium est, dans l'eau de mer, le principe de beaucoup le plus nuisible au développement des animaux d'eau douce.

D'autres expériences en cours, sur les têtards et sur d'autres animaux, seront communiquées ultérieurement. »

VARIÉTÉS

Fréquence du rachitisme dans l'Allemagne centrale. — M. le docteur Raphaël Blanchard donne à ce sujet dans son livre récent sur les *Universités allemandes* des détails qui paraissent combattre de nouveau l'opinion soutenue par M. Parrot, sur l'étiologie du rachitisme. « J'avais été frappé à Halle, dit-il, du nombre vraiment surprenant d'enfants rachitiques que nous rencontrions dans les rues. A Leipzig, le nombre semble en avoir diminué, mais on en rencontre une bien plus grande quantité que dans nos villes de France. A quoi cela peut-il tenir ?

Je crois, pour ma part, qu'il faut en faire remonter la cause à la mauvaise alimentation de la classe pauvre ou peu aisée dans cette partie de l'Allemagne. On a, en effet, l'habitude, dans le centre, de manger à peine quelques grammes de pain par jour, mais de s'ingurgiter en revanche des quantités effrayantes de pommes de terre. Voyons donc si ce seul fait ne suffirait pas à nous expliquer les cas de rachitisme si fréquents dans cette région.

Le rachitisme provient de ce que la richesse des os en sels calcaires (phosphate et fluorure de calcium) est insuffisante. Des analyses chimiques comparatives de 100 parties des cendres de froment et 100 parties de cendres de pommes de terre donnent le résultat suivant :

	Froment.	Pommes de terre.
Chaux.	1,97	3,36
Magnésie	6,60	13,58
Acide phosphorique. .	62,59	11,91

Ce tableau montre donc clairement que les pommes de terre contiennent beaucoup moins de phosphates que le froment. D'autre part, des recherches sur l'alimentation ont établi qu'il fallait en moyenne à un adulte, en vingt-quatre heures, 120 grammes de matières albuminoïdes et 420 grammes de graisse et de matières hydrocarbonées. Or, pour retrouver 120 grammes d'albuminoïdes, il faudrait manger 9 kil. 230 gr. de pommes de terre et seulement 1 kil. 332 gr. de pain de froment. De même, pour retrouver 420 grammes d'hydrocarbonés et de graisse, il faudrait absorber 543 grammes de pain de froment et 1 kil. 751 gr. de pommes de terre. Un Allemand qui voudrait trouver dans les

seules pommes de terre sa ration alimentaire physiologique devrait donc en manger 10 kil. 980 grammes par jour, tandis qu'un Français, mangeur de pain, ne devrait en prendre que 1 kil. 875 gr. Ces chiffres sont assez éloquents pour que le lecteur tire lui-même la conclusion et juge si ma supposition était fondée. »

FORMULAIRE

Sirop antidiarrhéique.

Extrait fluide de rhubarbe.	2 grammes.
Bi-carbonate de potasse.	2 —
Sirop de rhubarbe aromatique. . . .	30 —

Faites dissoudre. — Une cuillerée à café aux enfants qui ont des selles vertes. — N. G.

Injection antiblennorrhagique. — Lambert.

Sulfate de morphine	0 gr 36 centigr.
Chlorure de zinc . . . . de	0 gr 12 à 0 gr 36 centigr.
Sulfate d'atropine	0 gr 06 centigr.
Glycérine pure	4 grammes.
Eau distillée	30 —

Faites dissoudre. — Deux injections par jour, dans le cas de blennorrhagie; diète, repos au lit. Cette dernière condition est indispensable pour obtenir une guérison prompte. — Si le malade est obligé de marcher, il portera un suspensoir. — N. G.

COURRIER

Légion d'honneur. — Par décrets en date du 9 juillet, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur:

Au grade d'officier: MM. le professeur Gailleton, maire de Lyon; le docteur Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine; Manoha, médecin-major de première classe au 19e d'artillerie; Morand, directeur du service de santé du 7e corps d'armée; Fristo, médecin-major de première classe au 24e d'infanterie; Jacquemart, médecin-major de première classe au 51e d'infanterie; Courant, pharmacien principal de première classe à l'hôpital Saint-Martin; Capon, vétérinaire principal de première classe.

Au grade de chevalier: MM. Cellier, médecin de colonisation à Mostaganem; le docteur Legroux, médecin des hôpitaux de Paris; le docteur Terrier, chirurgien des hôpitaux de Paris; le docteur Ollivier, médecin des hôpitaux de Paris; le docteur Lutaud, médecin des prisons de la Seine; le docteur V. Cornil, professeur à la Faculté de médecine de Paris; le docteur Guès, ancien médecin de la gendarmerie de Marseille; le docteur Puyjoli de Meyjounissas; le docteur Calès, membre du Conseil général de la Haute-Garonne; le docteur Camuset, maire de Longwy (Jura); le docteur Bernard, adjoint au maire de Saint-Lô; le docteur Pomier, chirurgien en chef de l'hôpital de Pau; le docteur Carence, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Toulon; Vincens, médecin-major de première classe au 49e d'infanterie; Corties, médecin-major de première classe au 72e d'infanterie; Le Cadre, médecin-major de première classe au 136e d'infanterie; Jeanmaire, médecin-major de première classe; Moret, médecin-major de première classe au 35e d'artillerie; Bedoin, médecin-major de première classe; Ramonet, médecin-major de première classe aux hôpitaux de la division d'Alger; Laederich, médecin-major de première classe aux hôpitaux de la division d'Oran; Regnier, médecin-major de première classe aux hôpitaux de la division de Constantine; Tanfin, médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie; Zeller, pharmacien-major de première classe aux hôpitaux de la division d'Oran; Campariol, Fieuzet, Robert, Barbillon, Logeay, Servols, vétérinaires en premier.

Enfin Mme Frary-Gross, qui a fait preuve d'un grand dévouement comme directrice de l'ambulance de l'Hôtel de ville de Paris pendant le siège.

Nécrologie. — M. le docteur Dubois, inspecteur des eaux de Vichy, est mort dans cette station le 9 juillet, à l'âge de 86 ans.

Le docteur Willemin, premier inspecteur-adjoint, a prononcé sur la tombe de son honorable collègue un discours où il a rappelé les différentes phases de sa longue car-

rière; ancien professeur à l'Ecole secondaire de médecine d'Amiens, député à l'Assemblée constituante de 1848 ainsi qu'à la Législative, il fut nommé en 1852 inspecteur-adjoint des eaux de Vichy, puis inspecteur à la mort de M. Alquié; il a rempli ces fonctions pendant de longues années avec le plus grand zèle. Homme modeste, affable, d'une parfaite honorabilité, il s'était acquis l'estime et la sympathie de tous.

AVIS. — Un concours est ouvert pour une place d'interne vacante à l'Asile national des convalescents de Vincennes, commune de Saint-Maurice (Seine).

Les candidats doivent justifier :

1° Qu'ils ont pris au moins douze inscriptions à l'Ecole de médecine;

2° Qu'ils ont subi au moins trois examens de fin d'année;

3° Qu'ils ont été nommés, par la voie d'un concours, externes dans les hôpitaux de Paris.

Les aspirants aux fonctions d'interne devront en outre produire un certificat constatant que, pendant une année, ils ont fait avec assiduité le service d'externe en médecine ou en chirurgie.

Les demandes et les titres à l'appui seront adressés à la direction de l'Asile de Vincennes, bureau du Secrétariat.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE : Sont nommés dans le cadre du corps de santé militaire t ont reçu les affectations ci-après, les médecins militaires dont les noms suivent :

Au grade de médecin principal de 1re classe: M. Poncet, méd. princip. de 2me cl. des hôpit. milit. du corps d'occup. de Tunisie. — Est maintenu auxdits hôpitaux.

Au grade de médecin principal de 2me classe; M. Driout, méd.-maj. de 1re cl. des hôpit. milit. du corps d'occup. de Tunisie. — Est affecté aux hôpit. milit. de la division d'Oran.

Au grade de médecin-major de 1re classe: M. Mazellier, méd.-maj. de 2me cl. au 72me rég. d'inf. — Est affecté au 142e rég. de même arme; M. Nicaud, méd.-maj. de 2e cl. au 111e rég. d'inf. — Est affecté au 61e rég. de même arme.

CONCOURS. — Programme des questions pour les prix à décerner aux médecins et aux pharmaciens militaires en 1884.

Par application de la circulaire du 5 juin 1883, instituant des prix en vue d'encourager les travaux scientifiques des officiers du corps de santé militaire, le ministre de la guerre a décidé, sur la proposition du comité consultatif de santé, que les questions suivantes seraient données comme sujet de concours en 1884 :

Médecine. — Des complications des oreillons dans l'armée.

Chirurgie. — Des moyens de simplifier les pansements antiseptiques dans la chirurgie d'armée.

Pharmacie. — Du vin de raisins secs : sa fabrication ; des moyens de le distinguer des vins naturels et de le reconnaître mélangé à ces derniers.

Les médecins et pharmaciens militaires qui participeront au concours devront, autant que possible, faire transcrire leurs mémoires par une main étrangère, et seulement sur le recto de chaque page.

L'épigraphe, qu'ils placeront en tête, sera répétée sur une enveloppe fermée de trois cachets à la cire et contenant la signature, les nom, prénoms et emploi de l'auteur; cette enveloppe sera enfermée dans une autre à l'adresse du ministre de la guerre.

Les mémoires devront être envoyés directement au ministre (7e direction, bureau des hôpitaux), avant le 15 novembre 1884.

HOSPICE DE BAR-LE-DUC. — M. le docteur Michel est nommé médecin en chef ; M. le docteur Chardin, médecin-adjoint; M. le docteur Gelly, chirurgien en chef et M. le docteur Ficatier, chirurgien adjoint.

AVIS. — M. Chatin, professeur de botanique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique le dimanche 15 juillet, dans la vallée d'Yvette (ou de Chevreuse).

Le départ s'effectuera de la gare Montparnasse à 7 heures 55 minutes pour la station des *Essarts-le-Roi.*

Retour du Perray par les trains du soir (5 h. 10 min. ou 8 h. 40 min.).

— On demande, comme *locum tenens*, un docteur en médecine parlant anglais. S'adresser, 15, rue Caumartin, Paris, entre 2 et 4 heures.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

De l'angine ulcéreuse dans la fièvre typhoïde;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 27 avril 1883,

Par M. DUGUET, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Lariboisière.

Vers le milieu de l'été de 1880, M. Faisans, alors mon interne à l'hôpital Saint-Antoine, et deux de ses collègues, MM. Gaillard et Juhel-Rénoy, me priaient d'examiner un de leurs camarades, interne provisoire dans le même hôpital, très souffrant depuis plusieurs jours et inspirant à ses amis les plus vives préoccupations.

En effet, ce jeune homme, surmené par un travail exagéré que justifiait l'approche d'un nouveau concours, avait assez rapidement perdu l'appétit, le sommeil et les forces; il avait en même temps pâli et maigri notablement; à la prostration se joignait chez lui une certaine inquiétude; sa peau était sèche et chaude, avec une température voisine de 39°. La langue était humide et chargée d'un léger enduit visqueux, la soif vive et l'haleine fétide. On se trouvait évidemment en face d'un état typhoïde grave; mais l'absence de diarrhée, de douleur dans la fosse iliaque droite, de ballonnement, de toute congestion viscérale et surtout de taches rosées lenticulaires, commandait une réserve absolue au point de vue de la fièvre typhoïde.

J'entendais prononcer autour de moi le nom de *phthisie aiguë au début*, et j'avoue que cette idée me tourmenta un instant. Avant de m'y arrêter, je poursuivis mes recherches de tous côtés. Bien que le malade n'éprouvât aucune douleur pour avaler, je trouvai en examinant sa gorge, une *ulcération superficielle*, presque aussi étendue qu'une pièce de cinquante centimes, mais plutôt ovalaire qu'arrondie, siégeant sur le pilier antérieur droit du palais, occupant une grande partie de sa face antérieure. En déprimant légèrement la base de la langue, il était facile d'en saisir tous les caractères. Séparée de l'amygdale par le bord interne du pilier droit demeuré intact, l'ulcération remontait jusqu'au niveau de l'arc formé par le pilier antérieur et la luette. Exulcération plutôt qu'ulcération, elle paraissait taillée à l'emporte-pièce dans la partie superficielle de la muqueuse; ses bords formaient une ligne courbe régulière servant de cadre à une surface dépouillée, d'un gris rosé, presque lisse; sans relief apparent, ils étaient eux-mêmes entourés d'une zone large de deux à trois millimètres, d'un rouge assez intense, formée par la muqueuse voisine fortement congestionnée, mais reprenant bientôt plus loin et peu à peu sa coloration normale. Cette ulcération superficielle, un peu oblique de haut en bas et de dedans en dehors, ressemblait à une *aphthe immense*.

Je fis remarquer cette lésion singulière aux internes qui m'accompagnaient. D'une part il était impossible de la rattacher à la syphilis, en raison de l'ensemble de ses caractères, de son isolement, de son auréole rouge, de l'absence d'adénite concomitante ou d'autre manifestation syphilitique; d'ailleurs les antécédents du malade étaient muets en ce qui concerne la syphilis. D'autre part la régularité de l'ulcération, de ses bords, de sa surface, l'absence de toute granulation blanchâtre ou autre, formant relief dans la zone rouge environnante, autorisaient le rejet de toute idée d'une ulcération tuberculeuse. J'ajoute que le malade n'avait pris ni tartre stibié, ni d'autre substance qu'on puisse incriminer.

Nous nous trouvions donc en face d'une ulcération à caractères tout à fait

insolites, qui me remettait en mémoire certain cas de fièvre typhoïde, dans le cours de laquelle j'avais observé une ulcération analogue, et je crus, en l'absence de tout autre signe caractéristique, pouvoir affirmer qu'il s'agissait ici d'un fait de même nature, que le malade n'était point sous le coup d'une *phthisie aiguë*, mais bien d'une *fièvre typhoïde à son début*.

Trois ou quatre jours après, l'ulcération de la gorge persistant, la diarrhée succéda à la constipation, les taches rosées lenticulaires et les râles sibilants apparurent; la fièvre typhoïde ne fut plus douteuse pour personne. On vit se dérouler tous les accidents d'une fièvre ataxo-adynamique grave, dans le cours de laquelle l'ulcération du voile du palais disparut sans laisser aucune trace, et le malade finit par guérir. Mais il dut renoncer cette fois au concours de l'internat, et aujourd'hui il exerce la médecine dans un département de l'ouest de la France.

Dans l'épidémie de l'an dernier, qui fut si féconde en particularités de tout genre, bien que j'eusse l'attention éveillée sur ce point, je ne rencontrai aucun cas analogue. J'hésite, en effet, à considérer comme tel celui d'une femme chez laquelle je découvris une perforation ovalaire du pilier antérieur gauche, perforation capable de loger un pois, paraissant remonter à une époque antérieure à la fièvre typhoïde pour laquelle elle entrait à l'hôpital, et pouvant bien, au milieu des renseignements fort obscurs, se rattacher à un accident syphilitique antérieur et tertiaire. Bien que cette perforation siégeât au point précis que j'ai signalé dans ma première observation, n'ayant pas assisté à son évolution, je ne puis en tenir compte.

Le 12 mars dernier, entre dans mon service, à l'hôpital Lariboisière (salle Saint-Vincent, n° 12), un malade âgé de 28 ans, teinturier, né à Lyon, à Paris depuis un an seulement. Le début de sa maladie, assez difficile à préciser, remonte à une semaine environ ; il a été marqué par une fatigue générale avec céphalalgie, insomnie, perte de l'appétit et des forces ; la prostration étant devenue plus grande, le malade a dû s'aliter.

A son entrée, sa peau sèche et brûlante, son ventre ballonné avec douleur dans la fosse iliaque droite, sa diarrhée ocreuse, son haleine fétide, sa langue sèche, son hébétude, permettent de reconnaître chez lui l'existence d'une fièvre typhoïde; les taches rosées et les râles bronchiques manquent à l'ensemble de ses caractères.

A la visite du soir mon interne, M. Launois, trouve déjà sur le pilier antérieur droit une petite ulcération superficielle ; sur le pilier gauche existe simplement, dans le point symétrique, une rougeur exagérée.

Le 13, au matin, l'ulcération du pilier droit s'est agrandie ; au pilier gauche la rougeur s'est étendue.

Le 14, l'ulcération s'est encore accrue à droite et commence à se montrer à gauche.

Le 15, dixième jour probable de la maladie, apparaissent quelques taches rosées lenticulaires non douteuses sur l'abdomen et sur le dos. Les ulcérations de la gorge sont arrivées à leur plus grand développement. Toutes deux siègent sur les piliers antérieurs du voile du palais, l'une à droite, l'autre à gauche ; toutes deux occupent une grande étendue de leur face antérieure ; ovalaires et dirigées de haut en bas et un peu de dedans en dehors, elles ont un grand diamètre qui mesure environ un centimètre ; très superficielles, à fond gris rosé et uniforme, elles sont circonscrites nettement par un bord régulier, mince, entouré d'une auréole plus rouge, formée par la muqueuse environnante. Leur limite supérieure atteint le niveau de l'arc formé par la luette et les piliers antérieurs. Elles offrent, sous tous les rapports, une ressemblance et une symétrie parfaites. Point de ganglions du cou engorgés ; et le malade, qui boit très souvent, n'accuse aucune douleur de gorge et ne paraît pas avoir de dysphagie.

Le 16, les deux ulcérations ont le même aspect que la veille ; mais à deux

millimètres environ au-dessus de l'ulcération droite, nous voyons se produire un soulèvement épithélial blanchâtre de dimension et de forme lenticulaires.

Le 17, ce soulèvement s'est transformé en une exulcération lenticulaire, offrant, moins l'étendue, tous les caractères des deux ulcérations précédentes.

Le 18, point de changement apparent; la fièvre typhoïde suit d'ailleurs jusque-là un cours assez régulier.

Le 19, tandis que l'ulcération du pilier gauche demeure stationnaire, celles qui occupent le pilier droit ont singulièrement perdu de leur étendue; leurs bords se sont rapprochés.

Le 20, un léger froncement avec rougeur de la muqueuse indique l'endroit ou siégeaient les ulcérations du côté droit. Celle de gauche semble devenue plus superficielle encore.

Le 21, le pilier droit a repris son aspect habituel; celui de gauche conserve l'ulcération qui marche visiblement vers la guérison.

Mais, depuis trois jours, les phénomènes généraux se sont aggravés, et le malade meurt au dix-septième jour de sa maladie.

Une éponge imbibée d'alcool ayant été placée dans la bouche aussitôt après la mort, nous avons pu, à l'autopsie, enlever le voile du palais bien conservé, pour le faire durcir ensuite dans l'alcool absolu.

Des coupes transversales ont été pratiquées par mon interne, M. Launois, en différents points des piliers, surtout au niveau des portions où nous avions observé les ulcérations. En ces différents points, il a été facile de trouver une disparition des cellules les plus superficielles qui forment le revêtement de la muqueuse; et les cellules de la couche profonde, facilement reconnaissables, sont devenues superficielles.

Il ne nous a pas été possible de retrouver de follicules clos au-dessous du derme muqueux; celui-ci, par sa face profonde, est uni aux amas glandulaires par des faisceaux de tissu conjonctif, comprenant dans leur épaisseur de nombreuses fibres élastiques. On sait d'ailleurs que MM. Robin et Sappey n'admettent pas l'existence de follicules clos dans la muqueuse du voile du palais.

Le 17 du même mois entrait, au n° 6 de la même salle, un Italien, journalier âgé de 25 ans, à Paris depuis huit mois, malade depuis deux semaines environ; il a essayé de se soigner dans sa chambre aussi longtemps que ses ressources le lui ont permis.

A son entrée, il est facile de constater tous les signes d'une fièvre typhoïde adynamique : céphalalgie, insomnie, langue sèche, soif vive, râles sibilants, ballonnement du ventre, douleur dans la fosse iliaque droite, diarrhée jaunâtre, taches rosées lenticulaires vers la partie moyenne du tronc, peau sèche et chaude à 40°. Mais, pendant qu'on l'examine, le malade se plaint d'une certaine douleur pour avaler, et, en regardant la gorge, on découvre qu'il existe, sur le pilier droit du voile du palais, une large exulcération ovalaire, s'étendant de haut en bas et un peu de dedans en dehors, parallèlement au bord interne demeuré intact du pilier antérieur, ayant pour limite supérieure le point du pilier qui s'unit au voile, exactement au niveau de l'arc formé par le pilier et la luette. Cette ulcération mesure de treize à quatorze millimètres verticalement, et neuf à dix dans le sens transversal.

Son fond, gris rosé, est assez superficiel; ses bords, minces, forment une ligne régulièrement ovalaire, comme s'ils étaient coupés à l'emporte-pièce, et la muqueuse qui l'entoure est d'un rouge vif qui va s'atténuant bientôt à mesure qu'on s'éloigne de l'ulcération.

La douleur que le malade éprouve en avalant est réveillée par la pression du cou, sans que l'on y rencontre d'engorgement ganglionnaire.

Le 18, l'ulcération n'offre aucun changement.

Le 19, on remarque que l'ulcération a gagné sensiblement en profondeur,

assez pour permettre de distinguer nettement les fibres musculaires verticales sous-jacentes du pilier antérieur.

Le 20, état stationnaire de l'ulcération.

Le 21, les fibres musculaires du pilier sont devenues moins apparentes.

Le 22, le fond de l'ulcération prend un aspect rosé et luisant.

Le 23, les bords s'amincissent pour se confondre avec la surface ulcérée; celle-ci prend un aspect rose vernissé qui rappelle, moins l'induration sous-jacente, la surface d'un chancre induré en voie de guérison.

Le 24, en même temps que le malade entre en pleine convalescence, l'ulcération se cicatrise par nivellement très rapide, sans froncement de la muqueuse, et sans induration.

Le 27, la cicatrisation est parfaite, présentant à peine une légère teinte opaline de la muqueuse au point où siégeait l'ulcération.

A suivre.

GYNÉCOLOGIE

MÉMOIRE

sur le

TRAITEMENT DE L'ENGORGEMENT DU COL UTÉRIN PAR LES CAUTÉRISATIONS AVEC LE CAUSTIQUE FILHOS (1),

(CAUSTIQUE DE VIENNE SOLIDIFIÉ)

Par le docteur G. RICHELOT père,

Médecin inspecteur de l'établissement thermal du Mont-Dore.

OBSERVATION XVI. — Commencement de grossesse méconnu. Moyens violents employés pour rétablir la menstruation, et qui n'empêchent point la grossesse de suivre son cours. Accouchement à terme, douloureux, mais n'ayant présenté, au dire de la malade, aucun phénomène remarquable. Six mois après cet accouchement, métrite aiguë du col prise pour une pleuro-pneumonie; traitement de la pleuro-pneumonie; persistance des symptômes douloureux. Diagnostic rectifié par un second médecin; traitement par les cautérisations avec le caustique Filhos. Guérison rapide.

Une jeune actrice de 25 à 28 ans, qui tenait les rôles de première chanteuse au casino d'une de nos principales stations thermales en 1879, ne voyant point venir ses règles depuis 4 mois, consulta un médecin de cette station. Il était très important pour elle de savoir si elle était enceinte. Le médecin consulté, après examen au spéculum, déclara qu'il n'y avait point de grossesse, et prescrivit des bains chauds, des douches, l'exercice du cheval, l'aloès à haute dose, en un mot les moyens qu'il croyait les plus propres à faire revenir les règles. Cependant les règles ne revinrent point. A la fin de la session théâtrale, la jeune actrice se rendit à Toulouse, où elle avait un engagement; et là, après quelques mois, elle accoucha d'une fille.

Les violences exercées sur cette jeune femme pendant sa grossesse ont-elles eu une influence funeste sur l'organe gestateur, bien qu'elles n'aient point amené une fausse-couche? Cela est loin d'être invraisemblable.

L'année suivante, c'est-à-dire environ six mois après son accouchement, la malade revint au même casino que l'année précédente, pour y tenir le même emploi.

Mais peu de temps après son arrivée elle fut prise de souffrances cruelles qui l'empêchèrent complètement d'exercer sa profession, douleurs gastralgiques aiguës, douleurs lombaires, ballonnement du ventre, étouffements, etc., et elle se remit de nouveau entre les mains du médecin qu'elle avait déjà consulté.

A une observation superficielle, le symptôme prédominant était une douleur atroce qui avait son siège au niveau de l'hypochondre gauche, et qui irradiait en avant vers le creux épigastrique, et en arrière au-dessous de l'omoplate. Il y avait de plus une grande gêne de la respiration, la perte de l'appétit et une fièvre vive.

Le médecin diagnostiqua une pleuro-pneumonie, et institua le traitement en conséquence.

Cependant, il ne se faisait aucun amendement; les souffrances devenaient de plus en

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 juillet.

plus insupportables; la malade s'affaiblissait. Le directeur du théâtre, qui ne pouvait pas se passer de sa première chanteuse, exigea qu'elle vînt prendre mon avis.

Le diagnostic n'était certainement pas difficile; dès les premiers renseignements fournis par la malade, il était évident. La percussion et l'auscultation démontraient qu'il n'y avait absolument rien de morbide dans aucun des viscères thoraciques. Malgré la douleur violente qui avait son siège dans les téguments de la région latérale gauche du tronc, la pression sur l'épigastre était indolente, et la langue était naturelle. Mais le ventre était considérablement ballonné. La malade ne pouvait plus mettre ni corset, ni aucun costume depuis le début de sa maladie. Ce ballonnement, avec l'endolorissement aigu des téguments de la partie latérale et inférieure du thorax, rendaient suffisamment compte de la gêne de la respiration.

Et puis, chose capitale, les organes génitaux étaient dans un tel état d'irritation inflammatoire, qu'il fut impossible, à cette première consultation, de pratiquer même le toucher, à cause des souffrances qu'il déterminait.

La première période du traitement fut donc instituée de la manière suivante : bains, lavements et injections vaginales de nature émolliente et calmante, vastes cataplasmes laudanisés sur tout le bas-ventre et sur les lombes. C'était une chose curieuse et intéressante de voir la douleur des téguments du tronc, ainsi que l'anorexie, diminuer et disparaître peu à peu à mesure que la sédation s'opérait dans les organes génitaux. Bientôt l'introduction du spéculum fut possible et permit de constater l'existence d'un engorgement considérable du col avec granulations et érosions.

Sans tarder, je commençai le traitement par les cautérisations avec le caustique Filhos. Il y avait urgence, dans l'intérêt de la malade et à cause des exigences de sa profession. La première cautérisation fut douloureuse, donna lieu à un écoulement sanieux abondant, et exigea quelques jours de repos. Mais déjà après la deuxième, la malade put se lever et marcher ; le ballonnement du ventre avait diminué; il y avait un commencement de dégorgement et de diminution du col; et la douleur de la région latérale gauche du tronc, si poignante quelques jours avant, avait complètement disparu. De plus, la respiration devenait de plus en plus libre. Après trois ou quatre cautérisations, quoique non encore guérie, la jeune cantatrice put reprendre ses rôles et mériter les applaudissements. Ce fut une chose vraiment remarquable que la rapidité de l'amendement local et général, qui permit à cette malade de remplir ses engagements pendant la plus grande partie de la session théâtrale.

Cependant, au moment de son départ, la guérison n'était pas définitive. Il restait encore un certain degré d'engorgement. La jeune actrice était engagée à Besançon. Elle se rendit dans cette ville, où elle obtint promptement le rétablissement complet de ses organes utérins par les soins de mon savant et digne confrère et ami, M. le professeur Druhen aîné.

Remarques. — Cette observation offre une curieuse méprise médicale : — métrite aiguë du col, diagnostic : pleuro-pneumonie! — Elle est en même temps un exemple intéressant des phénomènes réflexes si variés et quelquefois si graves, qui ont leur source dans les affections chroniques ou aiguës de la matrice et de son col, et qui, dans le cas présent, constituent une véritable circonstance atténuante au profit de l'erreur de diagnostic.

Sans entrer dans les détails que comporterait cette observation, je ferai remarquer que, selon toute probabilité, au moment de l'accouchement, la matrice froissée pendant la grossesse par les moyens violents qui avaient été employés pour rappeler les règles, n'était pas dans un état nettement physiologique, et qu'après l'expulsion du fœtus elle ne s'est pas reconstituée normalement. L'état morbide a suivi une marche lente, et a été d'abord peu accusé. Mais la fatigue considérable du voyage pour arriver en Auvergne et les travaux pénibles de la profession, répétition, efforts de chant, etc., lui ont donné une vive impulsion et l'ont fait passer à l'état aigu.

Les choses en étant arrivées à ce point, ce qui nous importe ici, c'est le résultat du traitement. Or, le résultat du traitement, dans ce cas comme dans les précédents, a été très remarquable et par l'amendement produit dans l'état local, puis dans l'état général, et par la rapidité de cet amendement. La guérison, chez la jeune cantatrice, s'est faite par le même mécanisme que chez les autres malades, dont l'histoire médicale a été rapportée plus haut. De pareils résultats s'imposent à l'attention des praticiens.

A suivre.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

Le 13 juillet le nombre des décès cholériques s'est élevé à 127, dont 40 à Damiette 73 à Mansourah, 13 à Samanoud et 3 à Chirbine.

Le 14 juillet, le choléra faisait définitivement son apparition au Caire. Le premier cas a été signalé dans la nuit du 13 au 14 à Ghizeh, village situé à trois kilomètres de cette ville; en même temps on constatait des cas suspects à Boulacq, faubourg le plus important du Caire. Le 14, on comptait deux décès cholériques dans le quartier cophte, quatre à Boulacq et onze à Ghizeh.

D'après les dépêches officielles du 14 juillet, il y aurait eu 51 décès à Mansourah, 3 à Falka, 7 à Chirbine, 20 à Menzaleh, 2 à Zafta et 5 à Ghizeh; mais ces chiffres, fournis par le gouvernement égyptien, sont en désaccord avec les renseignements venant d'Alexandrie ou de Port-Saïd.

L'épidémie continue au reste ses ravages, à Menzaleh où elle fait vingt victimes chaque jour, à Cohar où on signale 7 décès, à Chirbine el Kom où ils sont au nombre de 29, à Belcasse, à Beltim, villages des environs de Rosette sur les rives du lac Bourlos, s'étendant aussi sur le Delta, dans la direction du sud à l'ouest.

Au Caire, elle a été importée par des fugitifs de Chirbine el Kom, qui habitaient Ghizeh depuis peu de jours. De là, elle s'est étendue à Boulacq. Les quartiers contaminés sont enveloppés par des troupes égyptiennes et on a interdit la circulation d'une rive à l'autre du fleuve en faisant garder le pont. Les Anglais abandonnent leurs casernements pour aller camper sous la tente auprès de Tourah.

A Damiette, le cordon sanitaire a été renforcé ; l'officier anglais qui le commande fait brûler de grands feux sur lesquels on jette du soufre, dans le but de désinfecter les quartiers envahis. A Mansourah, les troupes du cordon sanitaire sont atteintes par le choléra et depuis la fuite du colonel égyptien qui les commandait, elles sont sous les ordres d'un capitaine anglais. Il en est de même à Samanoud et au bord du fleuve, sur lequel la circulation est interdite. De ces cordons sanitaires, un seul paraît avoir arrêté l'extension de l'épidémie dans la région qu'il protège ; c'est celui qui entoure le lac Menzaleh. En effet, jusqu'ici l'épidémie y est circonscrite aux villages situés sur les rives du lac.

D'ailleurs le gouvernement égyptien est impuissant à organiser les secours, l'Egypte ne possédant guère que 130 ou 140 médecins, dont les neuf dixièmes résident à Alexandrie, au Caire ou dans quelques villes du littoral. Dans les localités de l'intérieur, on manque donc de médecins et de médicaments. Cette impuissance est telle, que le gouvernement anglais, si impassible jusqu'ici, s'est ému du danger qui menace ses troupes, et vient d'envoyer à Alexandrie les médecins du régiment de Chatham et d'adjoindre un médecin anglais au président du Conseil de santé égyptien.

Depuis plusieurs jours, le gouvernement espagnol impose une quarantaine aux vaisseaux venant des ports anglais. Cette mesure de prudence est justifiée par l'indifférence britannique. Si les autres puissances européennes prescrivent les mêmes précautions, les Iles-Britanniques seront donc soumises à une sorte de blocus continental. Cette mesure assurément légitime serait plus préjudiciable au commerce anglais que l'adoption et l'exécution des précautions prophylactiques sagement adoptées par toutes les puissances.

En Italie, malgré les démarches du Foreign Office, les autorités sanitaires maintiennent sévèrement les quarantaines. Aussi, la malle des Indes, d'après les ordres venus de Londres, ne sera plus débarquée à Brindisi. Les paquebots qui la transportent se rendront dorénavant en Angleterre par le détroit de Gibraltar. Les arrivages de thé subiront un moindre retard, et les marchands de la Cité seront donc satisfaits!

A Marseille, le Conseil sanitaire redouble de vigilance et de sévérité. Désormais, on séparera les quarantainaires qui arrivent au lazaret, de ceux qui y sont depuis plusieurs jours et vont terminer leur séjour. Un poste de gendarmerie, appuyé au besoin par des troupes, est chargé de la surveillance. Il a ordre de faire feu et de repousser par la force toute tentative d'évasion.

En terminant, ajoutons que, d'après une dépêche portugaise, le choléra vient de se déclarer à Sumatra. — C. E.

BIBLIOTHÈQUE

Les Microzymas, par A. Béchamp. — J.-B. Baillière. Paris, 1883.

C'est un gros, un très gros volume que le livre de l'ancien professeur de chimie de la Faculté de Montpellier, devenu depuis l'un des membres les plus militants de la Faculté libre de médecine de Lille. Il est vrai que, dans l'ère du parasitisme et au siècle du vibrion, les microzymas, comme tant d'autres infiniment petits, menacent d'envahir le monde entier de la médecine. Mille pages! ce n'est pas trop pour une si large ambition.

Sur la brèche depuis 1868, M. Béchamp combat avec opiniâtreté les théories microbiennes de son illustre adversaire M. Pasteur. Entre ces deux savants, également convaincus, la lutte a quelques allures homériques.

Qu'est-ce que les microzymas? De tous petits corps, si petits, paraît-il, qu'il peut « en entrer QUINZE MILLIARDS dans un millimètre cube », c'est-à-dire dans une capacité à peine égale au volume de la tête d'une épingle. Ils auraient, d'après l'auteur, les propriétés des ferments et seraient les plus petits des ferments. Mais si minimes qu'ils soient par la taille, on les rencontrerait dans tous les milieux : air, eau potable, eaux minérales, tissus animaux ou végétaux, etc., etc. La craie même leur servirait d'habitat. Munis d'un point brillant qui, sous l'objectif du microscope, les désigne à l'œil de l'observateur, animés de vifs mouvements de trépidation, ces microzymas ont été considérés par beaucoup d'histologistes comme de modestes granulations moléculaires. Ces histologistes sont des réfractaires à la doctrine de M. Béchamp.

Par leur présence dans tous les organes vivants, ils interviendraient dans la production des phénomènes chimiques normaux et pathologiques, et, grands coupables devant l'espèce humaine, seraient les agents puissants du développement des maladies. Quelle omnipotence pour de si petit corps!

Immigrants dans l'organisme, les germes de M. Pasteur viennent du dehors et constituent morphologiquement de véritables espèces animales ou végétales. Ils ont une lignée ancestrale et représentent des générations antérieures d'autres germes, se perpétuant à travers les âges depuis l'origine du monde. Il y a donc une différence de genèse entre ces microzymas nés sur place, faisant partie intégrante de nos tissus, entrant dans la composition de nos organes, et les microbes, tels que les décrivent les panspermistes. Les quatorzes conférences de M. Béchamp ont pour but de faire connaître le rôle et d'énumérer les propriétés de ces microzymas.

Si la théorie des microzymas n'avait pour but que l'étude de la genèse des éléments et se limitait à ce point de philosophie naturelle, il n'y aurait guère lieu de s'en occuper dans ce journal. Mais, d'après le professeur de Lille, les germes des maladies ne sont que des microzymas ou les produits organisés de leur évolution. Ils s'observent dans les cellules de l'organisme malade, sont doués de la morbidité dans la cellule même, et cette morbidité serait en rapport et varierait vraisemblablement avec les tissus et les cellules dont ils sont originaires. Ce n'est pas tout encore; ils peuvent aussi provenir du dehors et pénétrer dans l'organisme par les surfaces respiratoires ou gastro-intestinales. Ils sont susceptibles d'être cultivés, et, fait qui aurait sa valeur pathogénique s'il était irréfutablement démontré, les microzymas de deux espèces anomales différentes ne seraient pas susceptibles d'être affectés de la même manière.

De ces observations, l'auteur en arrive à déclarer que de l'identité de structure, on ne doit pas conclure à l'identité de fonctions, que ce qu'on nomme la constitution, la complexion, le tempérament sont des états de l'organisme dérivant nécessairement des propriétés des microzymas, puisqu'un tissu, une cellule, un organisme sont seulement ce que les microzymas les font. N'était-il pas raisonnable de dire que les microzymas ont dans l'organisme les attributs et les privilèges de la toute-puissance?

Qu'est-ce donc alors que la morbidité? sinon toute déviation fonctionnelle des microzymas, soit par accroissement, soit par diminution de leur activité histologique, comme dans l'hypertrophie et dans l'atrophie! Mais, ce microzyma possède encore l'*activité zymasique* (hors de lui), et l'*activité de fermentation* (en lui), activités qui s'exercent simultanément ou successivement, dans l'état de santé, suivant le mode normal, et dans l'état de maladie, suivant le mode anormal.

Il serait long de suivre M. Béchamp dans le développement de ces recherches; c'est dire que les mille pages du volume sont bien remplies. Dans l'étude des propriétés de ces agents, l'auteur embrasse d'un seul coup d'œil ce monde nouveau, et possède la ferveur confiante d'un apôtre. Et, en effet, la doctrine dont la paternité lui est acquise est un peu celle d'une église nouvelle. C'est une réforme médicale dont l'ouvrage actuel serait en quelque sorte l'évangile. Eh bien, il suffit de le lire pour se convaincre que cet évangile n'est pas toujours un évangile de paix.

Et, en effet, entre MM. Pasteur et Béchamp, entre *microgermes* et *microzymas*, le différend n'existe pas seulement dans une question de microbiologie. Le champ de la médecine est un beau domaine; on ne résiste guère à la tentation d'en prendre possession. De la biologie on passe à la pathologie, de la pathologie à la thérapeutique et les nouvelles doctrines prétendent déjà s'imposer à la clinique.

M. Béchamp veut, au nom de la tradition, faire rentrer la médecine dans ce qu'il croit être les véritables règles hippocratiques. Il paraît que l'école — car on met l'école ici en cause — s'en était écartée; la découverte des microzymas aurait donc pour conséquence de l'y placer de nouveau.

La panspermie de M. Pasteur fait table rase des traditions et de ce que certains hommes appellent un peu trop dédaigneusement l'*empirisme* médical. Elle va plus loin et ne désespère pas de « faire disparaître de la surface du globe les maladies parasitaires » (1). M. Tyndall, l'un des adeptes de la panspermie, élève une voix triomphante et s'écrie avec enthousiasme : « Pour la première fois, nous avons le droit de nourrir « l'espérance sûre et certaine que, relativement aux maladies épidémiques, la médecine « sera bientôt délivrée de l'empirisme et placée sur des bases scientifiques réelles. » Cette manière de voir est celle d'un novateur enthousiaste. Puisse cette espérance se réaliser!

Pour M. Béchamp, dans la production de la maladie, l'être vivant est essentiellement actif; la maladie « naît de nous et en nous ». Aussi la doctrine des microzymas fournirait, dans la pensée de l'auteur, une sorte de base expérimentale aux observations anciennes. Tout microzyma morbide d'un organisme sain est devenu malade d'une maladie née en lui, par des changements fonctionnels dans les microzymas d'un centre d'activité donné. Tel est le fondement de la pathologie microzymienne et de cette théorie de la spontanéité morbide.

Nous voici donc bien loin du parasitisme dans lequel l'organisme n'intervient que passivement ou tardivement, et reçoit par une voie quelconque les germes préexistants au dehors. Ils s'y développent en parasites et y deviennent l'origine de la maladie.

En présence de ces deux théories, les questions de l'hétérogénie, de l'archégonie, de la panspermie sont plus que jamais en discussion. La réserve est donc légitime et prudente. Aussi, malgré l'empirisme dont on l'accuse, malgré l'oubli des règles hippocratiques qu'on lui reproche, l'art médical a mieux à faire et fait mieux que de servir, comme la tête de Turc, à montrer la vigueur physique des athlètes de l'une ou de l'autre école. Il marche enregistrant et discutant les faits, suit la loi du progrès, et rend aux travaux de savants comme M. Pasteur les hommages qu'ils méritent. Avec ou sans microzymas, avec ou sans microgermes, il est encore, comme au temps de Baglivi, celui dont on disait : « *Ars tota in observationibus.* » — Ch. E.

(1) Pasteur. *Etudes sur la bière*, p. 383.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 juillet. — Présidence de M. Guéniot.

Sommaire. — De l'ovariotomie dans les cas de kystes inclus dans le ligament large. — Contribution à l'étude des résections du coude. — Deux cas de kystes développés dans des ganglions lymphatiques; discussion.

M. le Président annonce que M. le professeur Parise (de Lille), membre correspondant, assiste à la séance.

— M. Terrillon, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, croit devoir répondre quelques mots aux critiques dont sa communication, relative aux kystes inclus dans les ligaments larges, a été l'objet de la part de ses collègues, particulièrement de MM. Pozzi et Lucas-Championnière.

On a reproché à M. Terrillon de présenter comme nouvelles des choses connues depuis longtemps et indiquées par tous les ovariotomistes. M. Terrillon n'accepte de ce reproche ni le fond ni la forme. D'abord, il n'a pas eu la prétention de rien dire de nouveau sur le sujet de sa communication; son seul désir, en la faisant, a été de présenter un travail d'ensemble sur une question dont les matériaux, d'ailleurs peu nombreux, étaient épars dans des observations publiées par un certain nombre d'ovariotomistes, et de provoquer la communication de faits nouveaux de la part de ceux de ses collègues qui pouvaient en avoir observé d'analogues.

Ensuite, M. Terrillon a eu la pensée d'appeler tout particulièrement l'attention des praticiens sur les difficultés que présente l'opération de l'ovariotomie dans les cas de kystes inclus dans les feuillets du ligament large, et ayant contracté des adhérences avec les organes voisins ou avec les parois du bassin. Il a eu soin d'établir et il maintient une distinction essentielle entre les kystes simplement inclus dans les ligaments larges, qui sont facilement énucléables et ceux qui, ayant contracté des adhérences avec les organes voisins ou avec les parois du bassin, deviennent pour le chirurgien, par le fait de ces adhérences, la cause de très grandes difficultés opératoires et, parfois, d'une impossibilité absolue de terminer l'opération.

Quant à la proposition, émise par M. Lucas-Championnière, qu'il est impossible de confondre les kystes para-ovariens avec les kystes inclus dans les ligaments larges, attendu que les kystes para-ovariens « sont des kystes sans pédicule, étalés à la surface des ligaments larges », M. Terrillon croit devoir réfuter cette opinion en renvoyant son collègue aux articles de M. Kœberlé, dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques,* et de M. Boinet, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

M. Terrier partage entièrement la manière de voir de M. Terrillon relativement à la question pathologique et au développement des kystes ovariens dans les ligaments larges, mais il diffère de son collègue au point de vue de la médecine opératoire. Il ne voudrait pas que l'on érigeât en une sorte de méthode la nécessité où l'on est, parfois, de laisser incomplète l'opération de l'ovariotomie; il faut, au contraire, maintenir en principe qu'il est de beaucoup préférable, dans tous les cas, de chercher à terminer l'opération.

M. Trélat pense qu'il y a lieu de supprimer le mot *enclavement* dont on s'est servi plusieurs fois dans la discussion et de le remplacer par le mot *inclusion* qui seul lui paraît conforme à la réalité des choses, car il n'y a pas à vrai dire enclavement, mais simple développement des kystes dans le ligament large.

M. le président Guéniot appuie l'opinion de M. Trélat en faisant remarquer que le mot enclavement ne s'applique qu'aux tumeurs ou aux organes contenus dans une cavité et que les ligaments larges n'ont pas de cavité.

M. Pozzi maintient ce qu'il a dit déjà sur la non nouveauté des observations de M. Terrillon; les faits de ce genre existent dans la science et ont été indiqués par tous les ovariotomistes, et cela dès les débuts de l'ovariotomie.

M. Terrillon répond encore une fois qu'il n'a pas prétendu rien dire de nouveau; il a voulu seulement établir une distinction au point de vue de la méthode opératoire à suivre dans les opérations d'ovariotomie, entre les cas où les kystes inclus dans les ligaments larges ont contracté des adhérences et ceux où ces adhérences n'existent pas.

M. Trélat trouve cette distinction de M. Terrillon fort judicieuse, car les difficultés opératoires, dans l'ovariotomie, sont en raison directe de la multiplicité et de l'épaisseur des adhérences.

M. Verneuil ajoute qu'il existe des différences fondamentales entre les adhérences, suivant qu'elles sont périphériques ou interstitielles; il a observé des cas où des adhérences existant autour des gros vaisseaux du bassin rendaient très difficile et très périlleuse la dissection des kystes ovariques au voisinage de ces vaisseaux.

— M. Nepveu fait une communication sous le titre de : *Contribution à l'étude des résections du coude,* et met sous les yeux de ses collègues une série de pièces pathologiques relatives à cette opération.

— M. Terrillon communique une observation qui lui paraît offrir un véritable intérêt. Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans qui, depuis l'âge de 15 ans, portait à la région latérale du cou, sous le muscle sterno-cléido-mastoïdien, trois tumeurs sous forme de bosselures mobiles sous la peau, adhérentes aux parties profondes, et au sujet desquelles on avait naturellement posé le diagnostic de tumeurs ganglionnaires. Consulté à son sujet, M. Terrillon prescrivit un traitement tonique par les douches froides et l'arsenic. Mais voyant que loin de diminuer les tumeurs augmentaient toujours de volume, il se décida à intervenir chirurgicalement. Il ne fut pas peu étonné, après avoir mis les tumeurs à nu, de voir qu'il était tombé sur de véritables kystes. L'extirpation fut assez facile, sauf dans les points voisins des gros vaisseaux, où existaient des adhérences assez dures qu'il fallut disséquer avec précaution. Pour pouvoir décortiquer les tumeurs, M. Terrillon dut débrider une portion du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Ces kystes contenaient un liquide citrin, transparent; en les ouvrant, on voyait à l'in-

térieur des cloisons incomplètes; les parois des poches présentaient une épaisseur égale dans toute leur étendue, sauf sur certains points où existaient des épaississements. A l'examen histologique on constate, au niveau des parties épaissies de la paroi, des espèces de tubes garnis d'épithélium cylindrique à cellules irrégulières. Sur certaines coupes, la paroi tubulée paraît plus étendue et présente une dégénérescence colloïde des cellules. Enfin, dans les épaississements, autour des tubes, on voit un réticulum semblable à celui des ganglions lymphatiques. La surface interne est tapissée par un épithélium qui n'a rien de particulier.

Le dépôt du liquide, examiné au microscope, montre des cellules irrégulières mélangées à des globules sanguins.

Il s'agit donc ici d'une tumeur développée lentement, sans réaction, comme certaines affections ganglionnaires.

Dans les recherches bibliographiques auxquelles il s'est livré à cette occasion, M. Terrillon n'a trouvé que deux cas semblables; l'un a été observé par Richard, exactement dans la même région, sous le muscle sterno-cléido-mastoïdien; il n'y avait qu'une seule tumeur kystique ; de l'autre côté, dans le point symétrique à la tumeur, existait un ganglion non altéré : le cas de Richard a été inscrit sous le titre de kyste développé dans un ganglion lymphatique.

Le 2e cas a été observé par M. Verneuil et la relation en a été donnée par M. Muron ; il s'agit d'une tumeur de même nature que les précédentes, c'est-à-dire d'un kyste avec cloisons irrégulières, à contenu citrin, développé dans la région sus-claviculaire, au voisinage des gros vaisseaux. L'examen histologique signale l'existence d'un réticulum, débris du ganglion lymphatique dans lequel le kyste s'est développé.

Suivant M. Terrillon, les tumeurs qu'il a observées n'auraient aucun rapport avec l'affection décrite sous le nom de kyste congénital. Elles sont tout à fait ganglionnaires par la région où elles étaient situées et par leurs caractères histologiques.

Ce qu'il y a de plus curieux, c'est la paroi, qui est du tissu ganglionnaire dégénéré et dans laquelle M. Ranvier constate une structure analogue à celle des parois de certains kystes multiloculaires de l'ovaire. Il considère ces kystes ganglionnaires, au point de vue de l'anatomie pathologique, comme des épithéliomas kystiques analogues à ceux des tumeurs ovariques multiloculaires.

M. Lannelongue pense, contrairement à l'opinion exprimée par M. Terrillon, que l'origine primitive de la tumeur kystique dont il s'agit n'est pas ganglionnaire. Il en trouve la preuve dans les résultats même de l'examen histologique relaté par M. Terrillon, et qui offre absolument les caractères propres aux kystes congénitaux du cou.

M. Lannelongue a eu plusieurs fois l'occasion de faire l'ablation et l'examen histologique de ces kystes avec M. Vignal, et ils ont trouvé la texture indiquée dans le cas de M. Terrillon. Ces espèces de cylindres semblables à des traînées d'épithélium jetées en pleines cloisons, ces végétations épithéliales de la paroi kystique ne ressemblent en rien à l'épithélium crénelé des lymphatiques, mais se présentent sous l'aspect de tubes cylindriques juxtaposés, déformés, sans crénelures, comme dans la paroi des kystes veineux. Ce sont, en un mot, des kystes congénitaux d'origine vasculaire, comme l'a démontré le premier Cruveilhier, et non des kystes ganglionnaires, d'origine lymphatique, comme le veulent les Allemands.

Enfin, l'étude histologique des liquides contenus dans ces kystes montre toutes les nuances, depuis la sérosité citrine, transparente, jusqu'à la couleur presque noire des dépôts formés par les globules sanguins.

M. Lannelongue se propose, du reste, d'apporter, mercredi prochain, une série de dessins montrant la texture de ces kystes veineux congénitaux du cou.

M. Monod pense, comme M. Lannelongue, que l'argument de M. Terrillon, relatif à la présence et au développement du kyste au niveau d'un ganglion lymphatique, est insuffisant pour en démontrer l'origine gaugliounaire. Pour lui, il se rattache à l'origine congénitale et vasculaire indiquée par M. Lannelongue.

M. Desprès a eu plusieurs fois l'occasion d'observer et de traiter ces kystes ganglionnaires du cou, chez des enfants strumeux ayant depuis longtemps des adénites cervicales. Ils ont été connus de tout temps. Chassaignac les traitait par le tube à drainage et M. Desprès s'est bien trouvé de suivre à cet égard la pratique de ce chirurgien.

Les exemples de cette affection ne sont donc pas rares, quoi qu'en ait dit M. Terrillon, qui a déclaré n'en avoir trouvé que trois dans la science. Ce qui est vrai, c'est qu'il y a très peu d'observations de ces kystes avec autopsie ; il faut sans doute entendre la proposition de M. Terrillon dans ce sens que dans trois cas seulement il a été fait un examen microscopique de ces sortes de kystes.

M. Trélat dit avoir recueilli depuis bon nombre d'années vingt-cinq observations de kystes congénitaux du cou, les unes avec examen histologique, les autres sans cet examen. Les cas étudiés par lui-même l'ont conduit à l'opinion si bien exposée par M. Lannelongue, que ces kystes sont d'origine veineuse. Les questions d'étiologie ne doivent pas être, suivant lui, jugées d'après les documents anciens. Quand M. Desprès dit que les kystes ganglionnaires sont fréquents, il se trompe; M. Trélat conteste cette proposition et déclare que, pour lui, ces kystes sont fort rares. Ni la couleur du liquide, ni le siège de la tumeur, ni la valeur du chirurgien ne sont de sûrs garants de la certitude du diagnostic. Ce diagnostic se fait lentement, dans les laboratoires, par la démonstration histologique, la seule probante.

M. Desprès déclare qu'il conteste absolument la valeur de l'examen microscopique pour déterminer la nature d'une tumeur; les données du microscope sont insuffisantes quand elles ne sont pas appuyées sur celles des symptômes et de la marche de la maladie, en un mot sur les données de l'observation clinique.

M. Richelot fait observer que M. Desprès tombe dans une erreur de terminologie manifeste, en confondant les abcès froids qui ont subi la transformation kystique et dont le contenu est devenu transparent, avec les néoformations kystiques proprement dites.

M. Desprès répond que les abcès froids ne durent jamais deux ou trois ans, mais seulement quelques mois.

M. Lannelongue a vu des abcès froids durer des années; quand un abcès tuberculeux se transforme en kyste, il y a toujours possibilité de le distinguer du kyste proprement dit par l'absence de tout épithélium à l'intérieur de la paroi.

Toute la question, ici, est de savoir si le cas de M. Terrillon est une tumeur ganglionnaire ou un kyste congénital. Les rapports de la tumeur avec les ganglions, si intimes qu'ils soient, ne sont pas suffisants pour faire admettre son origine ganglionnaire; le caractère de l'épithélium, crénelé dans les kystes ganglionnaires, semblable à celui de la paroi des veines dans les kystes d'origine veineuse, doit être la base du diagnostic différentiel. — A. T.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT DU 16 AU 21 JUILLET 1883

Lundi 16 et mardi 17, pas de thèses.

Mercredi 18. — M. Desmoulins : Contribution à l'étude des pansements antiseptiques et à leur application en chirurgie d'armée de terre et de mer. (Président, M. Trélat.)

M. Le Clerc : Contusion et néoplasmes (De la prédisposition aux tumeurs). (Président, M. Verneuil.)

M. Honsz : De quelques points cliniques de paludisme en Algérie. — Rapports du paludisme avec quelques maladies médicales. (Président, M. Verneuil.)

Jeudi 19. — M. Escalais : Traitement de l'ophthalmie des nouveau-nés par l'acide phénique. (Président, M. Pajot.)

M. Clos : De l'invagination intestinale provoquée par les tumeurs de l'intestin et en particulier par le lipôme de l'intestin. (Président, M. Panas.)

M. Barrère : Valeur séméiologique de la tache uréthrale. (Président, M. Hardy.)

M. Blechmann : Contribution à l'étude de la néphrite infectieuse dans l'érysipèle de la face. (Président, M. Bouchard.)

M. Simonneaux : Des signes et du traitement au début de la coxalgie tuberculeuse chez les enfants. (Président, M. Gosselin.)

M. Rattel : De la médecine chez les encyclopédistes. (Président, M. Le Fort.)

M. Milliot : Recherches cliniques sur les rapports de la glycosurie et du paludisme. (Président, M. Peter.)

M. Geneix : Des éruptions cutanées par l'infection puerpérale et en particulier de l'érythème polymorphe. (Président, M. Peter.)

M. Bouvard : Des accidents cutanés consécutifs à l'usage interne de préparations quiniques. (Président, M. Ball.)

M. Triboul : De l'ignipuncture dans le traitement des tumeurs blanches. (Président, M. Richet.)

M. D'Andria : De la dacryocystite chronique et de son traitement par la dilatation forcée du sac lacrymal. (Président, M. Richet.)

M. Demesse : Du traitement de la pustule maligne par les injections interstitielles de teinture d'iode. (Président, M. Richet.)

COURRIER

La première liste de souscription de l'Académie de médecine pour l'érection d'une statue à J. Bouillaud nous donne à penser que l'illustre médecin aura bientôt un monument digne de lui. Le Corps médical, nous n'en doutons pas, suivra l'exemple patriotique de l'Académie, et s'associera avec empressement à l'hommage qu'elle veut rendre à l'une des gloires les plus pures de la science française.

MM. Baillarger, 50 fr. — Baudrimont, 10 fr. — Bergeron, 20 fr. — Besnier, 10 fr. — Blanche, 20 fr. — Blot, 20 fr. — Bouchardat, 20 fr. — Bouchardat (G.), 20 fr. — Bourdon, 20 fr. — Bucquoy, 20 fr. — Caventou, 20 fr. — Chatin, 10 fr. — Chereau, 5 fr. — Colin (Gabriel), 20 fr. — Colin (Léon), 20 fr. — Dechambre, 20 fr. — Depaul, 20 fr. — Dujardin-Beaumetz, 20 fr. — Empis, 10 fr. — Fauvel, 10 fr. — Fournier, 20 fr. — Gosselin, 50 fr. — Goubaux, 10 fr. — Guéniot, 10 fr. — Guérin (Alphonse), 20 fr. — Hérard, 20 fr. — Hervieux, 20 fr. — Hardy, 20 fr. — Laboulbène, 50 fr. — Lagneau, 5 fr. — Lancereaux, 5 fr. — Larrey, 30 fr. — Leblanc, 20 fr. — Le Roy de Méricourt, 10 fr. — Marrotte, 10 fr. Moutard-Martin, 10 fr. — Méhu, 10 fr. — Oulmont, 20 fr. — Paul (Constantin), 20 fr. — Peter, 20 fr. — Perrin, 20 fr. — Polaillon, 20 fr. — Potain, 20 fr. — Proust, 20 fr. — Richet, 40 fr. — Ricord, 40 fr. — Roger (Henri), 100 fr. — Roussel, 10 fr. — Sée (Marc), 20 fr. — Tarnier, 20 fr. — Villemin, 20 fr. — Bonnafond, 50 fr.

Personnes étrangères à l'Académie : MM. Péan, 100 fr. — Cardinal, 50 fr. — Cornil, 20 fr. — Seguy, pharmacien de 1re classe, 5 fr.

Les souscriptions des personnes étrangères à l'Académie sont reçues au secrétariat, entre les mains de M. Bordet.

Légion d'honneur. — Suite des promotions médicales, à l'occasion du 14 Juillet:

M. le docteur Arnaud, ancien médecin de la marine, médecin sanitaire de l'empire ottoman: s'est distingué par son dévouement dans plusieurs épidémies.

M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Paris: organisation du service des travaux anatomiques et de médecine opératoire à la Faculté de Paris.

Nous envoyons à notre collègue et ami M. Farabeuf, nos sincères félicitations pour un honneur qu'il a bien mérité. La distinction dont il est l'objet prouve que l'intelligence, le dévouement actif et l'oubli de soi-même ne sont pas toujours méconnus.

— Une médaille d'or de 1re classe vient d'être décernée à Mme Henriette-Félicité-Désirée Dumoncel, directrice des maisons d'éducation de la Légion d'honneur, qui s'est distinguée d'une manière toute particulière dans l'exercice de ses fonctions (1881-1883), notamment lors d'une épidémie de diphthérie survenue à la maison de Saint-Denis;

Une médaille d'argent de 1re classe a été également décernée à M. le docteur Achille-Gustave de Beauvais, officier de la Légion d'honneur, médecin en chef de la Société française de sauvetage, à Paris, pour avoir fait preuve de zèle et de dévouement dans de nombreuses circonstances, notamment pendant les épidémies cholériques de 1849, 1855 et 1866.

Commission d'hygiène. — M. le docteur Bauchet est nommé membre de la commission d'hygiène publique et de salubrité du vingtième arrondissement de Paris.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Hospice de la Salpêtrière. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Le Délire des Persécutions (1).

Leçon clinique recueillie par G. CRESPIN, interne des hôpitaux.

Dans le cours de nos précédentes leçons, je vous ai parlé en passant des écrits des persécutés. Je veux aujourd'hui revenir sur cette question et vous entretenir des testaments faits par ces malades, car vous pourrez être appelés à donner votre avis sur l'état mental de tel ou tel individu à l'occasion d'une lettre ou d'un testament, et il est bon que vous ayez des notions précises sur ce qui s'observe le plus ordinairement. Je terminerai cette étude en vous parlant de la responsabilité du persécuté devant la justice et de la séquestration du malade, et les quelques considérations médico-légales que j'apporterai devant vous, vous seront, je pense, d'une grande utilité.

Les écrits des persécutés ont des caractères tellement spéciaux qu'ils peuvent quelquefois à eux seuls permettre de porter un diagnostic. Vous comprenez quel profit peut en tirer le médecin aliéniste dans les expertises médico-légales, puisqu'il doit, dans certains cas, poser des conclusions *post mortem*. Comme je vous l'ai dit, beaucoup de persécutés écrivent au préfet de police et au chef de l'Etat pour réclamer leur protection contre les ennemis qui les tourmentent sans cesse, et leurs lettres ne sont que l'expression du langage bizarre que vous connaissez. Il arrive même assez souvent qu'une idée délirante soit exposée dans une lettre avec moins de réserve et plus de clarté; mais quelquefois aussi l'écrit peut induire complètement en erreur en travestissant l'état réel, grâce à une habile dissimulation de la part de l'aliéné.

Bien des fois, la lecture des écrits des persécutés a contribué à me mettre sur la voie du diagnostic. Ainsi, je me rappelle avoir donné des soins à un homme que l'on prétendait atteint du *spleen :* cet homme sombre et taciturne refusait de donner tout renseignement. Un jour qu'il était assis sur un banc dans un jardin, il se mit à dessiner sur le sable, avec sa canne, le mot *trahison*. Mis en éveil par ce seul mot, je fis fouiller dans ses papiers, et je trouvai un cahier portant ce titre : *Mes conversations avec l'Inconnu.* C'était pour moi une révélation : je pus me convaincre, en lisant les quelques pages écrites de la main du malade, que j'avais affaire à un persécuté présentant des hallucinations de l'ouïe et des idées de suicide.

Le persécuté rédige des plaintes, accuse et diffame tel ou tel, et, lorsqu'il va devenir persécuteur, avertit sa victime de ses projets de vengeance. Il écrit d'interminables histoires, insiste complaisamment sur les habitudes et les actes de ses ennemis, et entre dans les détails les plus minutieux sur tout ce qui les concerne. Est-il hypocondriaque, il prend son observation jour par jour, heure par heure, et analyse toutes ses sensations. On peut dire qu'en écrivant, le persécuté s'écoute délirer. L'examen des lettres vous montre encore le moment où le malade s'affaiblit intellectuellement, et tombe en démence, car les lettres, au lieu d'être précises comme par le passé, deviennent insignifiantes et incohérentes.

Un des plus célèbres persécutés, Berbiguier, a publié son autobiographie

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 10 juillet.

en 1821, sous ce titre : *Les Farfadets, ou tous les démons ne sont pas de l'autre monde.* Dans cet ouvrage qu'il dédie aux empereurs et souverains des quatre parties du monde, il décrit avec le plus grand soin les hallucinations de l'ouïe qu'il éprouve, et raconte qu'il ne peut passer la nuit dans sa chambre, et qu'il ne prend de la nourriture que quand le besoin le plus pressant lui en fait une obligation. Il se croit poursuivi par *les Farfadets*, représentants de Satan sur la terre, et accablé de souffrances, il veut se donner la mort ; mais une *voix* l'arrête au moment où il va se tuer, et Jésus-Christ lui apparaît sur un trône. Berbiguier prétend que les farfadets agissent sur lui par l'astronomie et les machines électriques placées dans les nuages. Ce sont les farfadets qui font le mauvais temps ; ce sont eux qui étouffent et étranglent les personnes qui meurent subitement. Un jour Berbiguier va au théâtre voir représenter « le mélodrame de *la Pie voleuse* », et il décrit les impressions qu'il a ressenties en ajoutant que « la malheureuse servante de Palaiseau est une victime bien à plaindre de la scélératesse des farfadets. » Il termine son livre par des imprécations contre ses implacables ennemis, dont il espère être débarrassé un jour, car il compte sur l'effet immense que va produire la publication de ses trois volumes sur les empereurs, rois et souverains.

De tels écrits, Messieurs, vous permettront facilement de reconnaître à quel genre de folie vous avez affaire, quand bien même vous n'auriez jamais vu le malade, car ils contiennent le tableau clinique du délire des persécutions tracé par l'aliéné lui-même avec la plus grande exactitude.

De tous les écrits des persécutés, les testaments sont les plus importants et les plus utiles à connaître, car vous serez souvent obligés de donner votre avis sur la valeur de tel ou tel acte, dans les questions d'héritage. Il est assez rare qu'un persécuté quitte la vie sans laisser un testament indiquant ses volontés dernières et contenant des dénonciations contre telle ou telle personne. Il ne veut pas mourir sans appeler sur ses ennemis toutes les malédictions du ciel. Des ordres sont donnés pour que son autopsie soit faite ; l'heure de la cérémonie funèbre est arrêtée ; l'itinéraire du convoi est tout tracé. Le plus souvent il déshérite les siens, et cela se conçoit facilement : n'ayant en général avec ses parents que de mauvais rapports, il ne veut pas que sa mort puisse enrichir des gens qui lui ont nui toute sa vie, qui l'ont calomnié et injurié, qui l'ont attiré dans des guet-apens, ou qui ont cherché à l'empoisonner. Et alors vous voyez cet homme léguer sa fortune à une ville, à un hôpital, aux pauvres, à quelqu'un qu'il n'a jamais vu, ou bien encore il fonde des prix. C'est triste à dire en effet, mais la plupart des philanthropes d'outre-tombe qui font des legs aux hospices et aux académies, ne sont souvent que des persécutés. Egoïstes et avares pendant leur vie, ils vont passer pour des bienfaiteurs de l'humanité après leur mort ! Loin de moi la pensée de prétendre que les libéralités en faveur des hôpitaux sont toujours l'expression inconsciente de troubles intellectuels, mais la vérité m'oblige à constater que bien souvent, dans ces cas, l'état mental du testateur laissait beaucoup à désirer.

Le persécuté qui rédige un testament se croit tenu de justifier la légitimité de ses dispositions. Il énumère toutes les hostilités qu'il a eu à subir, et annexe parfois à son testament des mémoires à l'adresse de l'autorité judiciaire, dans lesquels sont renfermées les plus infâmes délations.

Vous vous rappelez, Messieurs, l'ex-cuisinier Labouche qui assassina son ami intime, l'hôtelier du *Grand-Monarque*, à Melun, et qui plus tard trouva le moyen de se pendre dans mon service à Bicêtre. Cet homme a laissé deux testaments indiquant deux phases successives de son délire. Dans son premier testament, après s'être recommandé à la sainte Vierge et à Dieu, il déclare donner son mobilier à son ami Constant M..., du *Grand-Monarque*, *à la charge par lui de lui faire rendre les derniers sacrements.* Il laisse 1,000 francs au curé de Melun et 500 francs aux pauvres. Dans son deuxième

testament, il ne lègue plus rien à son ami du *Grand-Monarque*, qui commence à lui devenir suspect. Puis il adresse au procureur impérial une liste de tous ses parents et de tous les gens qui s'unissent *à la bande des Caïn et des Vidocq* pour le persécuter.

Autre exemple : Un chirurgien militaire s'arrêta un jour dans une ville de province où il ne connaissait personne, alla demander une chambre dans un hôtel et se fit donner de quoi écrire. Le lendemain, on le trouvait baigné dans son sang; il s'était coupé le cou avec un rasoir. Il avait laissé sur la table un testament dans lequel il disait que son régiment l'abreuvait d'avanies, et qu'on l'accusait d'être *une canaille, un syphilitique, un gobeur de pilules à mercure.* « Mes deux frères, ajoutait-il, font chorus avec le régiment, aussi n'auront-ils pas un sou, car je donne mon argent au médecin qui sera requis par l'autorité pour constater ma mort, à charge par lui de faire mon autopsie et d'en envoyer le procès-verbal au colonel du régiment, pour montrer que je n'étais pas syphilitique. » L'événement fit un certain bruit; le médecin accepta l'héritage en faveur de l'hôpital. Je ne sais quelle solution juridique a reçu cette affaire.

Il y a quelques années mourait à Paris, Pierre M..., propriétaire ; il léguait la moitié de sa fortune à l'hôpital des Quinze-Vingts, et l'autre moitié aux aveugles domiciliés à Paris. Tous les détails de son enterrement étaient réglés : il voulait que tous les aveugles suivissent son corbillard attelé de quatre chevaux. C'est cet homme qui, deux ans auparavant avait envoyé un avis au *Constitutionnel*, pour prévenir les individus qui le poursuivaient le soir, qu'une plainte était déposée à la préfecture de police, et que toutes les mesures étaient prises pour déjouer leurs projets. M. Baillarger, chargé de faire un rapport sur l'état de ce malade, conclut que Pierre M... n'était pas sain d'esprit, et le testament fut annulé.

Les recueils de jurisprudence possèdent un grand nombre de testaments analogues à ceux que je viens de vous citer, portant le sceau du délire des persécutions; et, dans la plupart des cas, je dois le dire, les magistrats ont adopté les conclusions de la science.

Le médecin n'est pas seulement consulté pour savoir si le testateur était sain d'esprit, comme l'exige la loi, lorsqu'il a écrit son testament; il l'est encore, lorsqu'un crime a été commis, pour rechercher si l'assassin est responsable. Or, rien n'est souvent plus difficile que d'apprécier le degré de responsabilité d'un persécuté. Il ne faut pas certes, Messieurs, faire parade d'une clémence exagérée : néanmoins, je crois que nous ne devons pas admettre sans réserve les idées de Casper sur la question. Casper considère en effet comme responsables tous les monomaniaques qui ont commis un crime, qu'ils aient agi ou non sous l'influence de leur idée fixe. Le médecin allemand se trompe sans aucun doute, car dans les affaires criminelles tout est une question d'espèces. Si par exemple un persécuté possédant les notions les plus saines des devoirs sociaux vient à commettre un crime, en dehors de ses aberrations habituelles, nous n'hésitons pas à dire qu'il peut y avoir discernement de la part de l'assassin. Si au contraire cet homme, sous l'influence d'une idée fixe, obéit à une impulsion qui le pousse à tuer celui qu'il considère comme son ennemi, nous n'hésitons pas à reconnaître l'irresponsabilité. Le médecin légiste doit donc par l'examen le plus minutieux, rechercher si le malade jouissait entièrement ou en partie seulement de sa liberté morale. Je sais que certains aliénistes considèrent la responsabilité partielle comme une impossibilité; pour moi, je crois que le délire est quelquefois tellement circonscrit qu'il peut y avoir absence complète de raison relativement à certains objets, sans que vis-à-vis d'autres, il y ait altération évidente de l'intelligence. Je n'oublierai point ce que me disait un jour un persécuté qui a fini par le suicide et qui, en dehors de son idée fixe, raisonnait admirablement sur tout : « Si je venais, disait-il, à infliger une correction à ces individus qui m'insultent grossièrement dans la rue, je

pourrais n'en être pas responsable, car le désir de me venger de ces outrages m'aurait aveuglé; mais si je venais à vous prendre votre porte-monnaie, je ne serais qu'un voleur; voilà toute la différence. » Aussi, peut-être serait-il bon dans certains cas de responsabilité partielle de faire intervenir un moyen mixte de répression, par exemple de créer un établissement spécial, analogue aux colonies pénitentiaires, consacré aux malades poursuivis par la justice : ces gens ne seraient point condamnés, et par suite, leurs familles seraient à l'abri du déshonneur. Cette mesure, cela va sans dire, ne s'appliquerait qu'aux cas légers ou de moyenne intensité. Mais quand l'intelligence a subi un choc grave, il faut soigner le malade et non le punir.

Toutes les fois que l'irresponsabilité ne peut être mise en doute, la société et la famille ont des droits à défendre et des devoirs à remplir. La société a en effet le droit et le devoir d'intervenir en plaçant l'aliéné dans des conditions spéciales qui l'empêcheront de nuire. Si l'intérêt de la sécurité publique l'exige, la séquestration est nécessaire et indispensable; aussi le principe de la séquestration doit-il être admis d'une façon générale. Il ne peut y avoir de doute et de discussion que dans ses applications, car on ne peut établir de règle absolue s'appliquant à des cas déterminés. Mais du moment où l'aliéné aux yeux de la loi n'est pas responsable de ses actes, il est naturel et logique que la société cherche dans la séquestration une garantie sérieuse qui lui assure la tranquillité, alors surtout qu'elle ne peut demander aucun compte à l'aliéné des actes souvent graves qu'il peut commettre. Puisque l'aliéné ne jouit pas de son libre arbitre, il est évidemment indispensable de lui enlever la liberté physique, dont il peut abuser au détriment de la société, de la famille et de lui-même.

D'ailleurs, au point de vue médical, la science a reconnu et démontré que bien souvent l'isolement est un grand moyen de traitement. Dans la majorité des cas, un aliéné devrait être, médicalement parlant, séquestré dès le début de son affection mentale ; c'est le moyen le plus sûr d'éviter bien des malheurs et d'assurer le plus grand nombre de guérisons possible.

J'ai connu un jeune homme qui, après avoir mené une vie de dissipation, avait fini par prendre quelques inscriptions à la Faculté de médecine. La gêne survenant, il en voulut un peu à tout le monde, et se crut persécuté par « *les forbans de la rue de l'Homme-Armé.* » Lorsqu'il vint me trouver, il était violent et dangereux; il me dit que les forbans le traitaient de pédéraste, et me demanda de l'examiner pour faire tomber les calomnies qui couraient sur son compte, « et alors, disait-il, le premier qui me reprochera encore dans la rue d'être un sodomiste, je le fais arrêter, ou... je lui casse les reins. » Sur mon refus de procéder à son examen, le malade sortit en me disant que je le visiterais malgré moi, que tous les forbans seraient confondus et que je ferais son autopsie. Quatre jours après, son cadavre fut trouvé dans la Seine, près de Bas-Meudon. Eh bien, si cet homme que je n'avais pas le droit de faire arrêter, avait été placé dans un asile d'aliénés, il est certain que nous aurions pu empêcher un suicide.

L'utilité de la séquestration se montre donc dès le début de la maladie ; mais à quelle époque s'en impose la nécessité ? Il ne saurait y avoir de règle absolue, car certains malades, calmes depuis plusieurs années et considérés comme inoffensifs peuvent devenir rapidement dangereux, avant qu'on ait pensé à les séquestrer. A notre avis, le moment de la nécessité de la séquestration doit se rapprocher le plus possible du moment que nous avons indiqué pour son utilité, c'est-à-dire du début, car laisser le fou au milieu des siens et de toutes les choses qu'il a l'habitude de voir, c'est le laisser dans le milieu où sa folie est née, et où elle se fortifiera de jour en jour.

La société et la famille ont encore le devoir de défendre les intérêts et la fortune des persécutés. Comme ces malades, sans cesse absorbés par leurs préoccupations maladives, ne prennent aucun soin de conserver leurs biens

Ce fut dans ces circonstances que nous avons eu recours au perchlorure de fer sec. Le hasard avait placé sous nos yeux les dragées Carbonel. Cette préparation répondait à la situation qui nous tourmentait. Nous essayâmes donc de les faire prendre à nos clients. L'essai réussit parfaitement. Le dégoût, la répulsion que nous avons signalés, n'étaient plus accusés. Sous cette forme, nous pouvions bien nous rendre compte des effets du perchlorure de fer. Aujourd'hui, grâce aux dragées Carbonel, c'est-à-dire au perchlorure de fer sec, la méthode de traitement est assurée et l'on n'a plus à se préoccuper des répulsions qui venaient si malencontreusement arrêter et compromettre les bienfaits d'une excellente médication.

Inutile d'ajouter que nous ne considérons ici le perchlorure de fer que comme un excellent stimulant des fonctions digestives et que nous ne lui attribuons aucune action spéciale dans le traitement de la fièvre typhoïde. Il ne faut donc le prescrire que suivant les indications.

JOURNAL DES JOURNAUX

De quelques emplois de la résorcine. — La résorcine, qu'on a surnommée la quinine des pauvres, devient peu à peu un des médicaments les plus employés. Braum, à sa clinique, l'a prescrite dans plus de trois cents cas de fièvre éphémère infantile où la température atteignait un certain degré, et la résorcine produisait presque invariablement un retour à la température normale, plus rarement un abaissement excessif accompagné le plus souvent de sueurs. Il est rare que ces phénomènes persistent plus de quelques heures, de sorte qu'on peut administrer de nouveau la dose le soir lorsque la température matinale a nécessité une première administration dans la matinée.

La dose usuelle a été portée à 3 grammes, renouvelables quelquefois dans la même journée, sauf apparition des phénomènes nerveux. (*Wien. Med. Presse,* I.)

Dans la fièvre palustre, la résorcine s'est montrée un précieux succédané de la quinine, à laquelle elle le cède peu en efficacité. Ugo Bassi a rapporté 17 cas de guérison sur un total de 20 malades. Le médicament n'a pas d'effet préventif. La dose employée a varié de 2 à 3 grammes en vingt-quatre heures, à continuer pendant plusieurs jours. La modicité de son prix assure à la résorcine un avantage incontestable. (*Gaz. Med. Ital. Prov. Venet.*, 1883.)

Le docteur Skibnewsky a vu, dans deux cas d'érysipèle, la guérison survenir rapidement après l'injection sous-cutanée locale d'une solution au vingtième de résorcine. On fit de 10 à 20 injections à la fois dans la plaque érysipélateuse. Une seule séance suffit pour chacun des deux malades; ces injections furent suivies, en moins de deux heures, non seulement de la disparition de la fièvre, mais encore d'un abaissement anormal de température. (*Medizinkoje Obosrenije,* déc. 1882.)

Dans les cas d'affections parasitaires de la peau, l'usage de la résorcine a été couronné de remarquables succès. Le docteur Justus Andeer a rapporté récemment un cas de pustule maligne déjà très étendue, avec aréole érysipélateuse ayant envahi une grande partie du membre supérieur et provoquant des symptômes d'infection générale; la guérison fut obtenue en quelques jours par l'application d'une couche épaisse de vaseline résorcinée à 50 p. 100 sur le membre malade, qui fut ensuite enveloppé d'une gaze et d'un bandage. Dès le lendemain, la douleur et la tension diminuaient, la surface malade prenait un bon aspect et bientôt l'éruption érysipélato-vésiculeuse disparaissait avec l'épiderme. L'auteur n'approuve point l'usage des injections sous-cutanées de résorcine et préconise l'emploi en pommade.

La résorcine ne produit localement aucune irritation des téguments et ne provoque point d'hémoglobinurie comme le naphthol, ni des symptômes d'empoisonnement comme l'acide phénique, l'acide pyrogallique, etc. (*Justus Andeer. Aerztlich. Med. Blatt, 1883;* et *Deutsch. Med. Zeit.,* n° 11.)

Influence de l'anémie sur l'excitabilité électrique du cerveau, par le docteur Orschansky. — Une série d'expériences entreprises sur des chiens dans le laboratoire de Munck, de Berlin, ont conduit aux conclusions suivantes :

1° Une saignée dont l'abondance ne dépasse pas la septième partie de la masse sanguine, n'apporte aucune modification dans l'excitabilité des centres psycho-moteurs du cerveau.

2° Lorsqu'on soustrait de la septième à la cinquième partie de la masse totale du sang, il y a un accroissement marqué de l'excitabilité cérébrale.

3° Lorsque la spoliation dépasse ces limites, l'excitabilité diminue graduellement jus-

qu'à disparaître d'une manière complète; en même temps, les circonvolutions cérébrales s'aplatissent et les battements du cerveau cessent.

Pendant la période d'accroissement de l'excitabilité, l'animal est inquiet et agité; à mesure que celle-ci diminue, l'animal paraît comme narcotisé, bien que la motilité volontaire soit intacte.

4° Ces modifications ne sont pas liées à l'abaissement de la pression sanguine.

5° Elles relèvent de l'anémie ainsi produite, laquelle paraît agir par l'abaissement des échanges nutritifs des éléments nerveux qui en est le résultat immédiat. (*Deutsche medizinal Zeitung*, 8 février 1883.) — L. Dn.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 juillet 1883 — Présidence de M Hardy.

La correspondance non officielle comprend un mémoire de M. le docteur Luc, médecin-major à Grenoble, intitulé : *Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde.*

—

M. Decroix, vétérinaire, lit un travail sur la dégénérescence de la France, laquelle reconnaîtrait pour cause l'alcoolisme et l'usage du tabac ou nicotisme.

—

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale.

La liste de présentation portait : en première ligne M. Lannelongue; — en deuxième ligne, M. Le Dentu; — en troisième ligne, M. Terrier; — en quatrième ligne, M. Périer; — en cinquième ligne, M. de Saint-Germain; — en sixième ligne, M. Péan.

Le nombre des votants étant de 82, majorité 42, M. Lannelongue obtient 54 suffrages, M. Péan 26, M. Terrier 1, un bulletin blanc.

En conséquence, M. Lannelongue est proclamé membre de l'Académie.

—

M. Le Roy de Méricourt, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Proust, lit un travail qu'il termine par les conclusions suivantes :

1° De nombreuses observations recueillies à diverses époques et dans des lieux différents tendent à établir que l'usage alimentaire, dans une large proportion, des graines de plusieurs espèces de lathyris, pendant un temps assez long, amène chez l'homme et les quelques animaux supérieurs des accidents sérieux caractérisés par des troubles de la motilité et de la sensibilité, particulièrement du côté des membres inférieurs, et, chez les chevaux, le cornage et l'asphyxie.

2° Les circonstances accessoires, telles que les variations de température, le refroidissement du corps par la pluie ou le froid humide des nuits paraissent jouer un rôle important comme causes déterminantes dans la production de ces accidents chez l'homme.

3° Pour démontrer d'une manière irréfutable l'action dangereuse de ces graines de lathyris dans l'alimentation, il faudrait : *a* isoler l'élément toxique qu'elles paraissent contenir; *b* instituer des expériences à l'aide de ce principe sur des animaux supérieurs, mais surtout soumettre des animaux à l'usage alimentaire des graines, de la farine et de la plante desséchée. Les expériences par les injections d'un principe toxique placent les sujets expérimentés dans des conditions trop différentes de l'action des graines entières ingérées par la méthode alimentaire.

4° Rechercher dans les pays où sévit une maladie désignée sous le nom de béribéri, et qui offre une analogie très grande avec les accidents déterminés par les graines de lathyris, si ces graines ne font pas partie de l'alimentation.

VARIÉTÉS

Le service municipal de vaccine de Bordeaux et le cow-pox spontané d'Eysines.

Une vachère d'Eysines fut atteinte, en mars dernier, d'une éruption pustuleuse de la lèvre supérieure, sur la nature de laquelle M. le docteur Decamps (de Bruges) appela

l'attention du service vaccinal de Bordeaux. S'étant transportés dans cette localité, les membres de ce dernier recueillirent par expression quelques tubes du liquide exsudatif des pustules que présentaient les trayons de vaches soignées par cette femme.

On inocula avec ce virus une première génisse et, simultanément, on pratiquait sur une autre génisse l'inoculation avec le virus vaccinal ordinaire. L'examen du sang de cette dernière fit, dès le premier jour, reconnaître à M. Jolyet la présence de microbes et l'état crénelé des globules. Six jours plus tard seulement, le sang de la génisse inoculée avec le virus d'Eysines présentait les mêmes altérations.

On inocula alors deux autres génisses, l'une avec du liquide provenant d'élevures moins avancées, l'autre avec le virus vaccinal du service. Cette dernière était celle qui avait été vaccinée auparavant avec le virus vaccinal authentique.

Huit jours plus tard, la génisse inoculée avec le virus d'Eysines présentait deux pustules de vaccin avec lesquelles on inocula une troisième génisse qui présenta des altérations du sang identiques à celles des génisses inoculées avec le virus vaccinal du service. Ce fait enlève donc toute valeur à l'absence de ces modifications signalées auparavant; car cette génisse donna des pustules vaccinales telles qu'on était, dès lors, en possession d'un cow-pox véritable.

Dans toutes ces expériences, on avait employé des instruments neufs et préalablement flambés.

Cependant, comme M. Layet le remarque dans son Rapport (*Journal de médecine de Bordeaux*, 17 juin 1883), auquel nous empruntons ces détails, l'éruption impétigineuse de la vachère d'Eysines n'avait pas les caractères classiques des pustules de cow-pox. De plus, les modifications du sang ne paraissent avoir ici qu'une importance relativement secondaire, malgré la nature incontestable du cow-pox observé, et qu'on peut à bon droit désigner sous le nom de *second vaccin d'Eysines*. Aussi, la Commission s'est demandé « si la promiscuité de milieu entre une génisse quelconque et une génisse vacci- « nifère ne peut avoir eu pour effet une transmissibilité directe ou indirecte; » aussi, elle propose « de mettre en promiscuité, dans le même parc, une génisse vaccinée et une « génisse piquée avec une lancette pure, afin de voir si à l'endroit des simples piqûres « pourraient apparaître des boutons de vaccine dus à un contact immédiat ou à une « transmissibilité indirecte. »

Quoi qu'il en soit, le service vaccinal de Bordeaux possède un cow-pox. Il le doit à l'institution de son parc vaccinal, pour lequel la municipalité n'épargne aucun sacrifice pécuniaire. Les établissements vaccinaux officiels, municipaux ou départementaux ont donc une double raison d'être par les services qu'ils rendent à la santé publique et par les recherches scientifiques qu'ils permettent de poursuivre. C'est là un exemple à imiter pour l'organisation du futur Institut vaccinal municipal de Paris, dont l'utilité n'est plus à démontrer. — L. D.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT DU 16 AU 21 JUILLET 1883

Vendredi 20. — M. Simon (Jules) : Les succédanés en thérapeutique. Etude comparative de l'action physiologique des quatre principaux alcaloïdes du quinquina : quinine, cinchonine, cinchonidine, quinidine. (Président, M. Béclard.)

M. Jouannaud : De la gale non prurigineuse. (Président, M. Fournier.)

M. Duchateau : La constriction permanente des mâchoires de cause dentaire; son traitement. (Président, M. Verneuil.)

M. Ladmiral : Sur un cas d'amputation congénitale. (Président, M. Verneuil.)

M. Clisson : Contribution à l'étude des tumeurs à myéloplaxes. (Président, M. Duplay.)

M. Frey : Etude sur les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage et leur traitement. (Président, M. Trélat.)

M. Dautel : De la pérityphlite primitive. (Président, M. Potain.)

M. Auriol : Contribution à l'étude des thromboses cachectiques de la veine porte. (Président, M. Potain.)

Samedi 21. — M. Burel : Etude sur l'étiologie et la pathogénie du béribéri. (Président, M. Brouardel.)

M. Sauvage : De la valeur diagnostique de la présence du bacile de Koch dans les crachats. (Président, M. Brouardel.)

M. Petitbien : Des ulcérations intestinales dans l'érysipèle. (Président, M. Hardy.)

M. Georgiadès (Apostolos) : De l'arthrite génitale survenue pendant la grossesse et dans le cours de la lactation. (Président, M. Ball.)

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 6 au 12 juillet 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,030. — Fièvre typhoïde, 39. — Variole, 14. — Rougeole, 28. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 18. — Diphthérie, croup, 23. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 50. — Phthisie pulmonaire, 182. — Autres tuberculoses, 7. — Autres affections générales, 56. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 34. — Bronchites aiguës, 27. — Pneumonie, 59. — Atrepsie des enfants élevés : au biberon, 83; au sein et mixte, 39; — inconnues, 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 78; circulatoire, 59; respiratoire, 67; digestif, 53; génito-urinaire, 21; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulat. et muscles, 8. — Morts violentes, 51. — Causes non classées, 7.

Résumé de la 28e semaine. — La mortalité continue à être très faible à Paris. 1,030 décès ont été notifiés cette semaine au service de statistique. Pendant les semaines précédentes (en allant des plus récentes aux plus anciennes), ce chiffre atteint 1,024, — 1,042, — 1,074, — 1,081, — 1,180.

Le nombre des décès par Fièvre typhoïde n'a pas atteint cette semaine le chiffre exagéré que nous avions noté la semaine dernière; nous ne comptons que 39 décès au lieu de 64. Cependant on doit craindre que l'aggravation qui se produit généralement au mois de juillet n'en soit pas moins réelle; les admissions dans les hôpitaux sont presque aussi nombreuses que la semaine dernière (127 au lieu de 135 et de 99, 96, 72 pendant les semaines précédentes), et les cas de maladie signalés par les cartes de morbidité sont également nombreux (58 cas de Fièvre typhoïde). Le XVIIIe arrondissement continue à être le plus frappé de Paris.

L'état de la santé publique est d'ailleurs resté ce qu'il était dans les dernières semaines. La Variole et la Scarlatine continuent à être rares. La Rougeole (28 décès au lieu de 33) et la Coqueluche (18 décès au lieu de 22) présentent au contraire une fréquence un peu exagérée, mais ces maladies tendent à devenir plus rares.

La Diphthérie et le Croup diminuent visiblement de fréquence (23 décès au lieu de 42 pendant les semaines précédentes).

La Bronchite (27 décès au lieu de 20) et la Pneumonie (59 décès au lieu de 63) continuent à être rares l'une et l'autre.

L'Athrepsie, au contraire, augmente de fréqence en raison de la chaleur.

Elle a causé 129 décès cette semaine; c'est le chiffre le plus élevé que l'on ait constaté cette année.

Le service de statistique a reçu notification de 468 mariages. Les naissances vivantes ont été au nombre de 1,220 (641 garçons et 579 filles) dont 920 légitimes et 300 illégitimes. Parmi celles-ci 60 ont été reconnues immédiatement par l'un des deux parents. Le nombre des morts-nés ou des enfants morts avant l'inscription a été de 95 dont 39 illégitimes.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Archambault, médecin de l'hôpital des Enfants, qui a succombé à une longue et douloureuse maladie.

M. le docteur Archambault, l'un des plus distingués élèves du docteur Trousseau, s'était particulièrement fait remarqer, après ce maitre éminent, dans l'opération de la trachéotomie, qu'il pratiquait avec un rare bonheur. Sa perte inspirera à tous ceux qui l'ont connu de profonds regrets.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Etiologie de la Coqueluche (1),

Par le docteur H. Roger,

Médecin honoraire de l'hôpital des Enfants.

Dire et prouver que la coqueluche est une affection *contagieuse*, c'est, au point de vue de sa genèse, éliminer du même coup toutes ces *causes banales*, dont l'action est trop facilement admise pour la plupart des maladies de l'enfance ou des autres âges.

Que Stoll ait nié la *contagion*, cela s'explique par le très petit nombre de faits qui ont dû lui passer sous les yeux (car pour sa clinique il disposait, comme on sait, de douze lits seulement, et encore ses malades étaient-ils des adultes); rappelons aussi, avec M. Sée, que le professeur de Vienne, préoccupé du système des constitutions médicales bilieuses, ne reconnaissait ni la contagiosité, ni la spécificité morbide. Que l'épidémiographe Ozanam ait également contesté la propriété contagieuse de la coqueluche, on le comprend, car il fut plus historien que médecin, et certes il n'avait pas vu beaucoup d'épidémies, si ce n'est dans les livres.

On s'étonne davantage de trouver cette phrase dans l'admirable *Traité d'auscultation médiate:* « La propagation de la coqueluche par contagion n'est rien moins que prouvée, et le passage brusque d'une température chaude à une température froide ou l'impression longtemps continuée du froid sont les seules causes occasionnelles évidentes et bien connues »; mais il est supposable que Laennec, professeur au Collège de France et médecin de l'hôpital Necker, n'avait eu (quoique grand praticien) que peu d'occasions d'observer une affection presque exclusivement infantile.

(1) Cet article et le suivant (*Coqueluche excessive* ou *hypercoqueluche*) sont extraits du t. II des *Recherches cliniques sur les maladies de l'enfanee* que M. H. Roger vient de publier chez Asselin et Cie, et dont nous donnerons bientôt l'analyse complète.

FEUILLETON

CAUSERIES

La Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle a répondu, avec l'autorité qui s'attache à tous ses travaux, au désir que j'exprimais dans mon dernier feuilleton sur les instructions à renouveler en vue du choléra, tandis que le choléra s'est abstenu jusqu'ici de pénétrer chez nous et nous laisse espérer qu'il persistera à tromper toutes mes prévisions.

Sauf les gémissements de quelques Anglais, qui se plaignent que le lazaret du Frioul manque de confortable, l'allégresse des populations a donc pu se donner libre carrière pour la célébration de la fête nationale; feux d'artifice et illuminations ne sont peut-être pas sans influence sur la purification de l'air et la combustion des germes. Si tous les drapeaux tricolores qui ont flotté ces jours-ci par toute la France avaient été légèrement imbibés d'acide phénique, voyez un peu quelle façon ingénieuse de mêler l'utile à l'agréable, et quelle immense surface offerte à la désinfection et à la prophylaxie. Pas un miasme n'eût résisté à ce déploiement d'étendards antiseptiques, et la santé publique était assurée pour longtemps.

La récolte du ruban rouge, qui se fait à la mi-juillet, a été abondante pour le corps médical. Rien que pour le ministère de l'intérieur, sur un total de cinquante-huit décorations figurent seize médecins, soit une proportion de 27 pour 100. Parmi plusieurs choix excellents, je suis tout particulièrement heureux d'adresser mes cordiales félici-

Quant à Billard, qui a écrit à l'hospice des Enfants trouvés son ouvrage sur les maladies des nouveau-nés et des enfants à la mamelle (livre excellent pour le temps où il parut), s'il n'a pas constaté la contagion de la coqueluche, et si conséquemment il la nie, c'est qu'en effet les exemples en sont rares sur le terrain où il observait, dans une population d'orphelins et d'abandonnés qui ne fait le plus souvent qu'un séjour très court à l'hospice, les bien portants étant vite emmenés à la campagne, et les malades passant aussi vite de l'infirmerie à l'amphithéâtre.

Ces négations de Stoll, de Laennec, de Billard et autres moins illustres, à l'endroit de la contagion, s'expliquent par une observation relativement étroite et par l'esprit de système (dont ne sont pas exempts les plus sages), qui méconnaît les faits les plus patents. Dès qu'on revint, dans ces dernières années, à la réalité des affections spécifiques, on rentra en même temps dans les doctrines contagionnistes: on se demandait, sous le règne de Broussais, s'il y avait des cas où le développement de la coqueluche pût être imputé à un contage; on se demande aujourd'hui s'il en est un seul où la maladie naisse en dehors de cette loi de filiation et de propagation.

Ce qu'il y a de positif, c'est que, s'il est souvent difficile, en face d'un premier exemple, de remonter à la source originelle, la contamination ultérieure des sujets sains par un malade est, au contraire, manifeste et presque constante.

En ville, les choses se passent ordinairement ainsi: on est appelé pour un enfant qui tousse depuis quelques jours, et l'on croit à un simple rhume; mais ce rhume persiste, les quintes caractéristiques se déclarent, et fréquemment alors on apprend qu'au lycée, à la pension, le petit coquelucheux s'est trouvé dans le voisinage d'un même tousseur. Pendant ce temps un second, un troisième, et tous autant qu'il y en a dans la famille, sont pris de toux semblable qui bientôt se manifeste en coqueluche; et finalement celle-ci passe à l'entourage, père, mère, grands parents, domestiques, en proportion directe de la fréquence et de la durée des rapports avec les malades. Il arrive que, dans ces hautes maisons de Paris où se pressent cent, deux cents locataires, le mal gagne dans plusieurs ménages, et il en résulte une petite épidémie locale, liée plus ou moins évidemment par son origine ou par son extension à la grande épidémie qui presque toujours règne simultanément dans plusieurs quartiers.

---

tations à mon sympathique ami le docteur Legroux, agrégé de la Faculté, chez qui l'amour de la profession et l'activité scientifique sont héréditaires. Quant au professeur Cornil, ce n'est pas lui qui peut être surpris en se voyant décoré, mais tout le monde en apprenant qu'il ne l'était pas.

Les bienfaits du *Journal officiel* ne se sont pas bornés à quelques notabilités exclusivement médicales; ils se sont répandus encore sur d'autres confrères, les plus nombreux d'ailleurs, qui étaient bien dignes d'être récompensés pour avoir surchargé leurs épaules du fardeau des affaires ajouté aux labeurs de la profession. Ceux-là mériteraient une double croix, auxquels ne suffit pas notre tâche commune, et qui mènent de front les obligations du médecin et les tribulations de l'homme politique. Soigner ses malades et soigner son pays, c'est la plus haute expression de l'art de guérir.

Les noms et les mérites de ces honorables confrères ne sont pas la seule révélation que nous ait value la semaine du 14 Juillet. Nous y avons encore appris que, depuis 1854, il existe un moyen préservatif de la rougeole, ce qui était généralement ignoré, malgré l'ancienneté de la découverte. C'est ce qui ressort d'un petit vaudeville parlementaire, auquel conviendrait ce titre, emprunté au répertoire du Palais-Royal: *M. Pasteur embêté par Vernhes et Michou.*

Dans la discussion du projet de loi élevant le chiffre de la pension accordée à M. Pasteur, à titre de récompense nationale, plusieurs protestations se sont produites. Elles ne sont point de mauvais augure, car les attaques dirigées contre ce grand initiateur sont une des consécrations nécessaires de sa gloire et de la valeur même de ses découvertes; il est de tradition, surtout en France, qu'aucun inventeur n'y échappe, quoique sous ce rapport M. Pasteur n'ait pas trop à se plaindre. On ne saurait le classer parmi les

Combien d'exemples de ce genre nous aurions à citer, et combien se présentent journellement aux observateurs dans la médecine infantile.

Obs. I. — Dans une famille, je visite un petit garçon (Ferd. Ler...) atteint d'une coqueluche légère; quinze jours après, une fille aînée contracte la maladie, qui est grave; une fille à la mamelle est prise à son tour, malgré l'isolement pratiqué aussitôt que possible, et elle transmet la coqueluche dans la maison où elle avait émigré.

Obs. II. — Dans une autre famille (Ba...), une fillette va jouer quelques heures, à Neuilly, chez une cousine qui toussait d'une façon suspecte; elle en rapporte le germe de la coqueluche, qui se développe chez elle après quelques jours, et qu'elle communique ensuite à ses deux sœurs, puis à sa bonne et à sa mère.

Je le répète, les faits semblables abondent; ils donnent la preuve la plus irrécusable de la contagiosité de la coqueluche, et cette preuve est multipliée par le nombre d'enfants que le médecin aura à soigner dans une même famille (j'en ai soigné six et Blache sept), et par le nombre indéfini de personnes qui, restées plus ou moins longtemps dans le milieu infectieux et non protégées par une atteinte antécédente, seront ultérieurement contaminées.

Que de fois j'ai vu, à l'hôpital des Enfants, l'arrivée d'un coquelucheux à la clinique être la cause déterminante d'infections multiples et successives; souvent un petit malade était apporté, un frère ou une sœur atteints premièrement étant restés à la maison, ou parfois ayant succombé; tantôt c'étaient le frère et la sœur qui entraient le même jour, ou à quelques jours d'intervalle; tantôt c'étaient deux ou trois petits garçons qui venaient ensemble du même établissement; tantôt encore, rentraient dans les salles, pour cause de coqueluche, des enfants qui étaient sortis récemment guéris d'une affection première, mais emportant le germe du mal contagieux.

Quelquefois, dans les lycées, dans les pensionnats, dans les endroits où les enfants séjournent réunis, on découvre la provenance de la maladie: c'est un élève qui l'a probablement contractée un jour de sortie chez ses parents, et dont la toux, d'abord sans caractère, devient quinteuse; on l'exporte alors, mais, pendant les quelques jours de cette prétendue bronchite, il a semé des germes de coqueluche qui se répandent plus ou moins loin et se reproduisent plus ou moins longtemps, jusqu'à ce que la propagation s'arrête par l'isolement des malades ou spontanément.

---

inventeurs méconnus; contesté quelquefois, un peu discuté par-ci par-là, comme à la Chambre ces jours-ci, le tout ayant tourné à la confusion des opposants, et au vote de la loi, acquis d'avance, cela va sans dire.

C'était d'ailleurs assez mesquin, puisque l'allégation capitale reprochait à M. Pasteur de réaliser de gros bénéfices en vendant dix centimes ses tubes de vaccin contre le charbon. D'abord il paraît fort douteux qu'il puisse y avoir un bénéfice énorme sur ce prix de dix centimes, à moins d'admettre qu'en perdant sur chaque tube, on se rattrape sur la quantité. Ce qui est plus intéressant, c'est précisément l'extension énorme de la découverte, la faveur avec laquelle l'agriculture l'a accueillie, et le chiffre des envois de virus-vaccin qui sont faits chaque jour. En prenant les évaluations les plus modestes parmi celles apportées à la tribune, ce serait au maximum un millier de provisions de vaccin qui seraient expédiées journellement par le laboratoire de M. Pasteur.

Ce seul résultat impose déjà le respect pour la découverte des virus-vaccins, et montre qu'elle est entrée d'emblée, au moins pour la prophylaxie des maladies charbonneuses, dans le domaine de la pratique. Si l'on peut se tenir sur la réserve, au point de vue du rôle des microbes dans la pathologie humaine, on ne peut que rendre hommage aux services rendus par les mêmes théories à la médecine vétérinaire et à l'agriculture.

La question n'était donc pas de savoir si l'opération commerciale de la vente des tubes est plus ou moins avantageuse, mais seulement si le laboratoire de M. Pasteur est le centre d'un grand mouvement, méritant d'être subventionné par les fonds de l'Etat. Ce qui a été résolu, haut la main, dans le sens que l'on sait.

Quelquefois aussi, dans des communes, dans des villages (cette constatation est assez facile dans de petites localités), on a pu surprendre l'origine d'une épidémie, le mal ayant été importé manifestement par un premier sujet et ayant gagné de proche en proche; de patients observateurs ont pu, même dans des villes, suivre le développement de la maladie : le docteur Lombard l'a vue naître à Genève, en 1838, importée d'une localité voisine, et se propager évidemment par contage. Rilliet a fait les mêmes observations dans trois épidémies genevoises en 1847, 1850 et 1851.

Très grande est la puissance du miasme contagieux : car, pour que la communication se fasse, il n'est pas besoin de longs rapports. — On aura de la peine à juger de la rapidité de la transmission à l'hôpital, où le hasard du voisinage entraîne les hasards de la contagion, où les lits sont à une certaine distance, où l'on éloigne les convalescents qui se lèvent des coquelucheux très malades qui sont alités; enfin où le moment et la durée des rapports dangereux restent inconnus. Ce que l'on constate, c'est que, s'il y a dans une salle un cas de coqueluche, il y en aura bientôt plusieurs, soit venus du dehors, soit intérieurs, et ceux-ci dérivant du premier, sans qu'il soit possible, la plupart du temps, de préciser quand et comment la transmission s'est opérée. — Il est plus aisé, en ville, de savoir qu'un enfant chez lequel on diagnostique une coqueluche, l'a contractée rien que pour avoir joué, deux heures, une heure seulement (j'en ai observé un cas), avec un coquelucheux suspect ou déclaré. Une demi-heure avait suffi pour la contagion, chez un petit client dont Blache m'a raconté l'histoire.

La transmission fut, pour ainsi dire, instantanée, dans les deux faits suivants dont j'ai été témoin :

Obs. III. — Une mère va rendre visite avec son fils, âgé de huit ans, chez une mère amie : elle trouve, en arrivant, les enfants de celle-ci qui jouaient dans une pièce et le laisse avec eux; à peine entrée dans la chambre voisine, elle entend une quinte de toux qu'elle reconnaît, ressort aussitôt et remmène son fils au plus vite. Le contact avait duré moins de cinq minutes, et cependant une dizaine de jours après, j'avais à soigner la plus grave et la plus longue coqueluche.

Obs. IV. — Mme E. R..., se promenant aux Champs-Élysées avec un de ses enfants, rencontre une dame de sa connaissance qui était également avec son petit garçon : après quelques paroles échangées, celui-ci de tousser en coqueluche; Mme E. R... eut beau

---

A certains adversaires qui ont fait valoir cette raison, que de fortes contestations s'étaient élevées à l'étranger contre les doctrines de M. Pasteur, et qu'il était peut-être imprudent de les sanctionner par le vote d'une récompense nationale, à ceux-là il y avait un autre argument à opposer. Il y a du doute dans beaucoup d'esprits sur les découvertes de M. Pasteur, raison de plus pour mettre à sa disposition toutes les ressources nécessaires pour dissiper les doutes, en ne laissant subsister que la part de vérité qui s'aperçoit déjà. Qu'elle soit provisoire ou définitive, partielle ou totale, c'est une rénovation de la science qui est résultée de la théorie des germes; à la source de ce grand courant scientifique, entre les mains de ceux qui le dirigent doivent affluer tous les moyens d'action, notamment sous forme de pensions et de crédits, qu'il est pénible de voir marchander en pareil cas.

Et si la récompense votée contribuait en même temps aux progrès de l'invention, et au bien-être de l'inventeur, y aurait-il donc grand mal à cela ? La tradition, tant de fois consacrée par l'histoire, des grands inventeurs mourant de faim, et dédommagés plus tard par des statues et des centenaires, cette tradition n'est vraiment pas obligatoire ; il peut y être dérogé sans que le prestige des inventeurs heureux, et profitant de leurs découvertes, en soit atteint le moins du monde. Au surplus, si l'on veut calculer le nombre d'heures que M. Pasteur a passées au travail pendant sa vie, et taxer ce travail au prix de la main-d'œuvre la moins rétribuée, on verra que l'on est loin de compte et qu'on doit encore beaucoup à M. Pasteur.

Dans ce débat, la note gaie a été donnée par M. Vernhes (avec une h). Non pas qu'il trouve ni mal fondée, ni exagérée la pension annuelle à attribuer à M. Pasteur. Au contraire il est d'avis, non seulement que la pension de 25,000 francs est parfaitement jus-

s'éloigner aussitôt, la maladie que je suivis jusqu'à guérison n'en avait pas moins été contractée presque instantanément.

A côté de ces faits où la *transmission* a été rapide, il y en a d'autres, au contraire, où elle est *très tardive :* ainsi j'ai vu, dans une famille, une fille aînée (M[lle] B...) qui vivait continuellement entre sa sœur et son frère coquelucheux, n'être atteinte elle-même qu'après cinq semaines. Quelquefois la résistance aura été plus longue, et même, dans certains cas exceptionnels, un enfant a pu séjourner au milieu de plusieurs malades et néanmoins rester indemne pendant l'évolution complète de l'affection. J'ai constaté, trois fois au moins, cette impunité; et l'un des sujets, qui avait échappé à une première infection, fut, plus tard, victime d'une seconde. Cette résistance plus ou moins grande aux contages a été expliquée par le plus ou moins de *réceptivité morbide;* mais cette condition mystérieuse de l'organisme qu'on admet faute de mieux, nous paraît primée par les conditions non moins obscures de la contagion.

A quelle période de la maladie le miasme infectieux a-t-il le plus de force? Le raisonnement indique que c'est à la période où elle est *à son summum,* où l'économie doit être le plus imprégnée du poison qui s'épand au dehors par l'exhalation pulmonaire et cutanée, où l'atmosphère entourant le coquelucheux sera le plus chargée de spores ou de bactéries (si tant est que ces proto-organismes soient les vrais agents de la contagion). C'était l'opinion de Guersant; c'est aussi la nôtre, et elle est fondée sur une observation étendue et positive.

L'assertion qu'aurait émise Hœnsler, relativement à la transmissibilité plus grande de la coqueluche à sa *troisième période*, est démentie par les faits : on voit tous les jours, dans des familles nombreuses, la maladie se communiquer alors qu'elle est dans son acmé; mais, à mesure qu'elle perd de son intensité, elle perd en même temps de sa puissance contagieuse. Cent fois j'ai interrogé les mères sur ce point, et elles m'ont toujours affirmé que la coqueluche, importée dans la maison par un premier enfant, et qui s'était transmise à l'entourage quand elle était à son *summum* (et aussi *à son début*), n'avait plus, *dans son déclin*, la même contagiosité; car, après deux ou trois mois, de nouvelles contaminations n'étaient plus observées

---

tifiée, mais encore qu'elle constitue une bien faible récompense. Ce qui le chiffonne, ce n'est pas que l'on accorde trop d'attention et d'encouragements aux travaux et aux recherches de M. Pasteur, mais que l'on n'en accorde point assez à ses propres travaux et recherches, à lui, Vernhes (avec une h).

Cependant, c'est dans quatre mémoires présentés à l'Institut, et dès 1854, qu'il a fait connaître son moyen pour prévenir la rougeole. Et ce moyen, nous allions en être mis en possession, le précieux secret allait enfin s'envoler de la bouche de l'orateur, lorsque les rires et les conversations de ses collègues l'ayant interrompu, le fameux moyen nous a encore échappé, et est retombé dans le néant où il dort depuis 1854. A la place où la postérité serait venue puiser le préservatif de la rougeole, on ne trouve dans l'*Officiel* que quelques points, et c'est tout.

Le martyrologe des inventeurs conspués s'est donc enrichi du nom de M. Vernhes (avec une h), car c'est lui, c'est bien lui qui s'est occupé le premier des vaccinations, et c'est M. Pasteur qu'on récompense et qu'on acclame. Cette histoire a beau être vieille comme le monde, et incrustée dans le *Sic vos non vobis* de Virgile, elle est toujours la source de nouvelles émotions, bien compréhensibles quand on réfléchit à l'ingratitude des hommes, de M. Paul Bert, de l'Académie de médecine, de l'Académie des sciences, et même du journalisme médical, qui tous ont négligé de publier et de répandre comme il convenait la découverte de M. Vernhes (toujours avec une h).

Ingrate patrie, peut-il dire aujourd'hui à la France, tu n'auras pas mon vaccin! Une autre nation, plus clairvoyante et plus généreuse, avait dignement reconnu un bienfait tout pareil; l'Angleterre avait largement doté Jenner pour la découverte du vaccin variolique; la France persiste à méconnaître M. Vernhes et sa découverte du vaccin rubéolique. Il est vrai que ce dernier ne demande pas de récompense nationale, il nous le dit

ni parmi les personnes qui se risquaient à visiter le convalescent, ni parmi les enfants qu'il revoyait; d'ailleurs le chiffre des victimes de la contagion de la dernière heure est forcément moindre, par suite du nombre restreint des jeunes sujets qui s'y exposent, les autres mères ayant établi autour du coquelucheux une quarantaine qu'elles respectent le plus longtemps possible.

Pour la coqueluche, comme pour les autres affections contagieuses, on ne sait presque rien sur le *siège de l'agent infectieux,* ni sur ses formes, ni sur son *mode d'action.* Pour que le mal soit communiqué, un *contact* est-il nécessaire, ou bien la contagion peut-elle s'exercer *à distance?* Quelle est, dans ce dernier cas, l'étendue de l'atmosphère morbigène? Faut-il, comme le pensait Guersant, pour que la transmission ait lieu, que le sain soit assez proche du malade pour respirer son haleine? Le miasme est-il susceptible de *transport par les choses et par les individus* qui seraient, pour ainsi dire, chargés du poison sans en être infectés eux-mêmes; par les vêtements (ce qui n'est pas absolument impossible, bien qu'on n'en connaisse pas d'exemple); par des meubles ou des objets que des coquelucheux auraient souillés, ce qui est plus que douteux, malgré l'affirmation de Penada, lequel réclamait contre la coqueluche épidémique (*la tosse convulsiva epidemica*) l'application des règlements sanitaires édictés contre la variole? A ces questions on ne pourra répondre tant qu'on n'aura pas des notions plus précises sur la nature intime du contage.

Pour ce qui est du transport de la coqueluche par des personnes saines (mais ayant séjourné dans un milieu infectieux), il est permis de le supposer, dans certains cas où l'on ne découvre point d'autre origine à l'apparition de la maladie. D'après Joseph Frank, qui exagère beaucoup la fréquence du fait, celle-ci « se propagerait souvent par les médecins ». Rosen s'accuse lui-même d'une semblable importation; je ne suis pas sûr non plus de ne pas avoir introduit pareillement le mal dans une maison où je soignais un enfant atteint de fièvre typhoïde grave : je vis naître, chez lui, la coqueluche après trois semaines de dothiénentérie; et comme, pendant ce temps, il n'avait quitté ni sa chambre ni son lit, et n'avait reçu

---

lui-même, il y renonce spontanément; toute sa vie il s'est borné à se dévouer à l'humanité, et aujourd'hui encore il pousse le dévouement jusqu'à être député, fonctions dont je ne vois pas bien les rapports avec la rougeole.

Il n'en est pas moins vrai que Jenner et Vernhes forment un duumvirat indissoluble, dont M. Pasteur ne procède que de fort loin, ainsi qu'il appert de la phrase suivante, que je n'hésite pas à copier textuellement dans le discours du Jenner de la rougeole : « Sachez que, dans le courant de l'humanité, les hommes d'une haute intelligence ont « largement observé et expérimenté; c'est dans ces conditions-là, avec l'expérience et « l'observation, que Jenner a créé la vaccine, et moi j'ai créé cette grande question « vaccinale dont il est question dans votre projet. » Plus de doute, n'est-ce pas? Et ce grand problème physiologique a été résolu par un pauvre médecin de campagne, qui ne possédait aucun des instruments de la Sorbonne, qu'il suffit de manier pour découvrir tout de suite quelque chose. Il faudrait cependant s'entendre. Ou M. Vernhes est député, et alors il ne doit pas faire beaucoup de médecine à la campagne, malgré la carte de circulation; ou il est médecin de campagne, et alors comment le trouvons-nous à la Chambre des députés, où il a même soin de nous avertir « qu'il a l'habitude de la « tribune, quoiqu'il n'y monte pas souvent »? Que serait-ce donc s'il y montait souvent !

M. Vernhes s'est plaint des mauvais procédés du journalisme médical, qui n'avait pas voulu s'occuper de ses observations. Je suis heureux d'avoir pu réparer cette injustice, dans les limites de cet humble feuilleton. Il ne tenait qu'à l'inventeur d'avoir toute satisfaction, en nous livrant son procédé, et c'était bien le cas, puisqu'il avait trouvé à la tribune le moyen de se faire entendre, non-seulement de la France, mais du monde entier. C'est trop de modestie que d'avoir mis seulement, à la place de sa découverte, ... , ce qui doit être insuffisant pour prévenir la rougeole.

LUBANSKI.

aucune visite, je me demandai si le coupable involontaire n'était pas le médecin (1). — Qu'il y ait ou non, dans ces derniers exemples, erreur d'appréciation sur la source du contage, et que, dans d'autres, la provenance du mal soit encore plus obscure, c'est toujours à la contagion qu'on doit le plus logiquement l'attribuer; et cette supposition est la plus vraisemblable, vu l'extrême difficulté de connaître le premier importateur d'une épidémie de coqueluche et de suivre sans interruption les séries successives ou simultanées des contaminations ultérieures; vu l'impossibilité de cette enquête dans une grande et populeuse cité dont les habitants sont incessamment exposés, sans le savoir, à des contacts pernicieux et aux influences délétères des diverses maladies miasmatiques; vu surtout l'inanité des *causes banales*, que je vais maintenant passer en revue.

Tant qu'on a regardé la coqueluche comme une névrose ou comme une bronchite, et tant que sa faculté contagieuse n'a pas été reconnue et établie irrévocablement, on a dû en rechercher l'origine dans les *causes ordinaires* des affections communes, et l'on a accordé aux *conditions physiologiques*, *hygiéniques* ou *pathologiques* une influence imméritée, ces conditions étant pour les uns déterminantes, pour les autres prédisposantes seulement. Or, à la coqueluche, en tant qu'affection spécifique, il n'y a qu'une cause manifeste, irrécusable, c'est la contagion ; et cette contagion domine toute l'étiologie, les causes banales étant capables, dans une certaine mesure, d'activer la propagation de la maladie, mais incapables de la créer.

A suivre.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

Le 17 juillet, on a constaté 177 décès cholériques : 63 au Caire, ville dans laquelle le nombre des cas était de 110, dont 89 déclarés la veille, 38 à Mansourah, 17 à Damiette, 14 à Chobar-Tantah et 1 à Alexandrie. Parmi les décès observés, un certain nombre sont des cas foudroyants; d'ailleurs depuis le début de l'épidémie, on a constaté ce fait, et la malignité du génie morbide en 1883.

Le 18 juillet, il y a eu 32 décès cholériques à Mansourah, 8 à Chirbine, 7 à Talka, 4 à Zifta et 71 au Caire. Dans cette ville, on comptait 156 cas et le foyer de la contagion était dans le populeux faubourg de Boulacq. D'après une dépêche d'Alexandrie, le nombre des décès aurait été de 200, le 18 juillet, et les statistiques seraient de moins en moins complètes parce que le gouvernement égyptien a rappelé au Caire les médecins qu'il avait envoyés dans les villages. Ainsi à Mansourah, ville de 9,000 habitants, il n'y a plus de médecin.

Toutefois, depuis huit jours aucun cas de choléra n'aurait été observé à Port-Saïd et le chef sanitaire de cette ville propose de rétablir librement les communications entre elle et les différentes stations du canal de Suez. On cherche à isoler cette ville d'Alexandrie, et une quarantaine est imposée aux provenances de cette dernière débarquant à Port-Saïd.

La ville du Caire a été subdivisée en douze quartiers dans chacun desquels fonctionne un Comité sanitaire présidé par un médecin européen. Mais, malgré ces dispositions, il ne faut guère compter sur de grandes améliorations dans l'hygiène de la ville : ses habitudes et les préjugés orientaux ne s'y prêtent guère.

D'après les journaux anglais, le nombre total des décès cholériques, depuis le 22 juin jusqu'au 15 juillet, serait de 3,500. Actuellement, l'épidémie sévit avec violence. A Menzaleh, elle a débuté par 11 cas en douze heures; or, cette ville ne possède que 3 à 4,000 habitants, dont la situation est d'ailleurs misérable. Ce sont, en effet, des pêcheurs se nourrissant de *fissihr*, poisson sec, mal conservé. La ville est construite sur un terrain dont l'altitude ne dépasse guère le niveau des eaux du lac, et son approvisionnement d'eau du Nil a lieu par un canal mal entretenu.

Dans son rapport au Foreign Office, le docteur Mackie constate que beaucoup de per-

(1) Le père de cet enfant allait tous les jours à Versailles, où il était percepteur des contributions; est-ce d'un de ces voyages qu'il rapporta le miasme contagieux dans ses vêtements? Ce qui n'est pas douteux, c'est que la coqueluche fut, dans ce cas, introduite dans la chambre du petit malade par une personne saine.

sonnes succombent en deux ou trois heures sans vomissement ni diarrhée; malgré la diminution du nombre des décès, la maladie n'en conserve pas moins sa violence à Damiette et à Mansourah. Ce médecin conteste l'origine asiatique de l'épidémie. Si les germes de la maladie sont le résultat de la putréfaction des matières animales, il y aurait lieu de croire, dit-il, qu'elles étaient assez abondantes à Damiette, où on a retiré du fleuve 400 carcasses d'animaux. Soit; mais à cette objection un peu intéressée de l'agent médical officiel du gouvernement anglais, on peut répondre qu'avant-hier encore, un navire arrivant de Bombay, et au moment de jeter l'ancre dans le port de Suez, perdait du choléra un chauffeur qui avait été contaminé assurément ailleurs qu'en Egypte. Ce navire avait sa *patente nette;* ce qui prouve encore une fois la manière dont les autorités anglaises entendent exécuter des mesures sanitaires dans les ports des Indes comme ailleurs. Est-il étonnant, après cela, que l'origine asiatique de la maladie ne soit pas douteuse pour le Conseil sanitaire égyptien?

En Syrie, on a défendu l'entrée de la province aux sujets ottomans venant d'Égypte. A Varna, le port est fermé à toutes les provenances des ports turcs, et un cordon sanitaire doit être établi sur toute la frontière de Bulgarie.

En Autriche, une ordonnance ministérielle étend la quarantaine d'observation à tous les navires de provenance orientale même non suspects et ayant un médecin à leur bord durant toute la traversée.

Un danger menace en ce moment les ports du littoral de la Manche : plusieurs négociants de Paris ont fait transborder à Port-Saïd des objets venant d'Orient. De là, ils ont été expédiés en transit sur Londres d'où ils doivent être envoyés à Paris et entreposés à La Villette. De la sorte, les destinataires comptent éviter les quarantaines d'Italie et de Marseille. Parmi ces colis se trouvent des étoffes de laine et des tapis.

Quelles mesures ont été prises ou seront prises à cet égard. Nous l'ignorons, mais le danger étant signalé, c'est à l'administration à aviser avec quelque énergie et, s'il est possible, avec quelque promptitude.

On avait signalé un cas de choléra parmi les quarantainaires du lazaret de Beyrouth; mais aucune dépêche n'a encore confirmé le fait. Enfin le bruit avait couru à Marseille de l'invasion cholérique à Palma aux îles Baléares. Le Conseil sanitaire s'était même réuni à ce sujet; mais, cette nouvelle n'est pas confirmée et le consul d'Espagne, consulté sur ce bruit, a déclaré qu'il était faux, l'Espagne exécutant les prescriptions sanitaires internationales.

C. E.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le projet de loi sur l'exercice de la pharmacie et le rapport de M. Naquet.

Il y a beau temps qu'on réclame et qu'on promet la revision de la législation de l'an XI sur l'exercice de la pharmacie. Les uns la demandent au nom de la liberté et veulent affranchir cette profession de toute réglementation. Les autres postulent une réforme moins radicale et invoquent, en faveur de leur opinion, les lacunes sans nombre des lois et des décrets actuels.

Passer en revue les tentatives de revision, essayées sans succès depuis soixante-douze ans, ce serait faire un abrégé historique des grandeurs et des décadences de nos divers régimes. En 1811, un an après avoir été mise au jour, la législation de Germinal était déjà déclarée boiteuse et malformée. On la conserva néanmoins. En 1825, le Parlement adoptait une nouvelle réglementation ; mais, au moment de la promulguer, le gouvernement la retirait et sur une motion de Chaptal à la Chambre des pairs, acceptait la proposition du double diplôme.

Vingt ans se passent, depuis 1830 le coq a remplacé la fleur de lis, quand M. de Salvandy obtient de la Chambre des pairs le vote d'une loi sur l'enseignement et l'exercice de l'art de guérir. On était en 1847 et la loi devait aboutir l'année suivante. 1848 survint ; la Révolution balaya les Chambres, M. de Salvandy et les réformes.

Depuis, malgré des décrets complémentaires, cette réglementation resta en l'état jusqu'en 1871. C'est alors que M. Naquet saisit l'Assemblée nationale de la question. La commission d'initiative fut favorable et le 18 juin 1872 le rapporteur déclarait qu'il y avait lieu de faire une loi nouvelle « pour régler d'une façon générale tout ce qui se « rapporte à l'art de guérir et spécialement pour déterminer les conditions de l'exercice « de la médecine et de la pharmacie. »

Héritières des projets de l'Assemblée nationale et des nombreux cartons où sommeillent tant de dossiers dus à l'initiative gouvernementale ou parlementaire, les Chambres élues

depuis auraient assurément oublié ces réformes si, en 1880, M. Dubost, alors conseiller d'État n'avait été chargé de la confection d'un nouveau projet qui fut d'ailleurs abandonné aussitôt après sa présentation. En 1882, MM. Faure d'une part, Frébault et Delattre d'autre part, déposèrent successivement des propositions de loi d'étendue plus restreinte, ayant pour objet l'exercice et la police de la pharmacie. De la médecine, il n'en est plus question.

Ce sont, à coup sûr, des épisodes parlementaires fort accidentés. Ils se sont encore compliqués dans ces temps derniers de questions d'intérêts moins généraux. Par fatalité, à l'obstruction des événements politiques se sont ajoutées de vives discussions dans les associations pharmaceutiques. Aussi M. Naquet nous rappelle, dans son rapport, la lutte quasi homérique entre les partisans de l'un et l'autre camp. Enfin, on put, pour un instant, croire au désarmement; un armistice semblait conclu. Dans une entrevue quelque peu imitée de celle du Camp du Drap d'or, on transigea sur un trop fameux article 13, d'où venait tout le mal. Il était relatif aux remèdes dits secrets et par ricochet surtout aux spécialités.

La paix était-elle conclue? C'était une erreur. L'esprit frondeur de quelques-uns des combattants en fit des réfractaires qui refusèrent toute soumission, et on en appela à la commission du Codex qui n'en possédait ni droit ni cure. Un syndicat hostile à la spécialité se fonda et inspira la proposition de MM. Frébault et Delattre.

Eh bien, dans le rapport actuel, on reconnaît tout l'embarras de la commission pour concilier des intérêts si divers. M. Naquet le sous-entend bien, quand, le sourire à la lèvre, il fait remarquer « que dans cette guerre des spécialistes contre les non-spécialistes, « guerre à laquelle l'honorable directeur de l'Ecole de pharmacie a pris une part active, « — les passions de chacun ont souvent primé les considérations d'intérêt public... La « réforme législative était l'étiquette du vase; le contenu était le désir des non-spécia- « listes d'étrangler les spécialistes et le désir bien légitime des spécialistes de ne point « se laisser étrangler. »

Les commissaires ne sont pas des étrangleurs; M. Naquet nous le dit, et nous le croyons! Etait-ce cependant une raison, dans la crainte d'un étranglement entre pharmaciens, d'étrangler la question plus générale de la réforme totale de la législation médicale? Vraiment, il est permis de le croire, quand on réfléchit sur la modeste étendue du projet proposé par la commission! On était en droit d'attendre mieux des pouvoirs publics ou, pour le moins, tout autant que du législateur de 1847!

Les améliorations qu'on propose à la loi de Germinal sont donc partielles. Sont-elles utiles? Oui, assurément. Seront-elles adoptées? Il y a lieu de l'espérer, si nos députés prennent ou trouvent les loisirs pour le faire. En tout cas, on peut se demander si, même alors, elles seront mises à exécution? Sans faire acte de scepticisme, le doute est ici permis: témoin plutôt l'habituelle tolérance des pouvoirs publics pour l'observation des lois et décrets actuellement en vigueur. L'article Ier maintient l'obligation du diplôme. Excellente disposition, contraire aux vœux des outranciers en prétendue liberté.

« Art. Ier. — Nul *Français ou étranger* ne peut exercer la profession de pharmacien, « soit qu'il s'agisse de médecine humaine, soit qu'il s'agisse de médecine vétérinaire, s'il « n'est pourvu *d'un diplôme de pharmacien obtenu en France* ou dans une *des colonies* « *françaises* ayant une école de médecine et de pharmacie, et s'il n'a rempli les forma- « lités prescrites par la loi. »

Excellente disposition, relativement aux pharmaciens étrangers. Il serait facile, équitable et utile aux intérêts sanitaires du pays de l'étendre à l'exercice de la médecine et de mettre un frein aussi sérieux à l'invasion croissante des pseudo-médecins qu'à celle des pseudo-pharmaciens cosmopolites! M'est avis que cette internationale du charlatanisme n'est pas moins redoutable que les internationales politiques! Et d'ailleurs, les considérants si logiques de M. Naquet ne sont-ils pas vrais pour les uns comme pour les autres? « Dès que, dit-il, nous recherchons des garanties dans des examens déterminés « par nos lois et règlements, nous ne pouvons accorder des droits égaux *à ceux qui les* « *ont subis et à ceux qui ne les ont pas subis*. Les diplômes étrangers peuvent sans doute « résulter d'épreuves très sérieuses, mais *peuvent aussi être la consécration d'études et* « *d'épreuves qui ne le seraient pas;* et, d'ailleurs, nous n'avons pas à en connaître. »

Cet article du projet de loi présente assurément une lacune. L'obligation d'un diplôme français est certainement une garantie pour la santé publique. Cependant, devant la société, elle n'égalise pas les charges du pharmacien français soumis au service militaire et obligé, au premier ordre, de se rendre à l'appel du pays, et celles du pharmacien étranger jouissant des mêmes privilèges professionnels et exempt, par son origine, de tout devoir national. Pour être bonne, une loi doit être égale pour tous. En est-il actuellement et en sera-t-il ainsi après l'adoption du projet de loi? Non, assurément. Cette

question mérite d'être résolue. Il serait facile d'imposer à ces étrangers se fixant en France, par l'achat ou l'ouverture d'une officine, des charges compensatrices, et ces mesures n'éloigneraient pas de nos Facultés les étudiants exotiques qui veulent y prendre des grades pour exercer dans leur pays d'origine.

Dans le but de relever le niveau des études, l'article II supprime le grade de pharmacien de deuxième classe. A défaut d'autres motifs, les demi-pharmaciens n'avaient pas plus leur raison d'être devant la raison et la science que les demi-médecins. Les articles III, IV et V sont le rappel de dispositions déjà existantes: défense de tenir plusieurs officines et résidence obligatoire dans les localités où elles sont ouvertes. De plus, ils prohibent toute association en nom collectif avec des individus dépourvus de diplôme et exigent du titulaire, dans le cas d'exploitation d'une pharmacie par une société, d'être à la fois pharmacien diplômé et gérant responsable de la Société en commandite. Enfin, relativement à la gestion des officines vacantes par décès du titulaire, aucune modification n'est introduite par l'article VI.

A suivre.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Aimé GIRARD adresse un travail intitulé : *Recherches sur la destruction et l'utilisation des cadavres des animaux morts de maladies contagieuses, et notamment du charbon.*

« Les cadavres des animaux morts de maladies contagieuses et particulièrement du charbon sont devenus aujourd'hui pour l'agriculture un embarras sérieux. Il y a peu d'années encore, on recommandait de les enfouir; mais, depuis les derniers travaux de M. Pasteur sur la vitalité des spores charbonneuses et leur retour à la surface du sol par l'intermédiaire des lombrics, on a dû reconnaître que l'enfouissement ne constitue en aucune façon un obstacle à la propagation de la maladie.

Pour mettre obstacle à cette propagation, c'est à d'autres procédés qu'il convient de s'adresser: c'est aux procédés qui déterminent la destruction de tous les éléments virulents dont le cadavre de l'animal est bondé.

C'est ainsi que, dans ces derniers temps, on a conseillé, d'un côté, la combustion des cadavres, d'un autre le dépeçage du corps de l'animal, la cuisson de sa chair à 100° et l'utilisation de la viande ainsi cuite à l'alimentation des porcs. Appliqués dans leur intégrité, avec une rigueur scientifique, ces deux procédés ont une valeur indiscutable, mais beaucoup de personnes craignent que, dans la pratique. une combustion incomplète, une cuisson à température trop peu élevée ne laissent subsister le danger de contagion.

Je me propose de faire connaître un autre procédé qui, sans qu'il soit nécessaire de dépecer le cadavre de l'animal, le solubilise en entier, détermine du même coup la mort de tous les éléments virulents, et enfin permet de retirer de la matière ainsi traitée un profit sérieux encore, quoique modeste.

Ce procédé consiste à dissoudre à froid dans l'acide sulfurique concentré le cadavre de l'animal pour ensuite utiliser le liquide ainsi obtenu à la production d'un superphosphate de chaux azoté.

L'action que les acides minéraux exercent sur les diverses matières dont le corps des animaux est formé est depuis longtemps connue ; les analystes y ont recours pour la recherche des poisons, les fabricants d'engrais chimiques utilisent pour leurs mélanges des matières azotées (cuirs, déchets, etc.), dissoutes dans l'acide sulfurique, et enfin l'on ne saurait oublier qu'en 1868 Boucherie a proposé de traiter les cadavres des animaux morts par l'acide chlorhydrique bouillant; mais, dans ces divers procédés, c'est toujours en recourant à l'emploi de la chaleur artificielle que la solubilisation de la matière animale a été obtenue.

Ce recours à la chaleur artificielle est, cependant, difficilement compatible avec les conditions ordinaires du travail agricole, et c'est aux difficultés qu'il présente que ces divers procédés doivent de n'avoir point été adoptés par les cultivateurs.

L'action de la chaleur n'est, cependant, en aucune façon, nécessaire dans ce cas; l'acide sulfurique, par exemple, pourvu qu'il soit moyennement concentré (de 60° à 43°), dissout rapidement et solubilise à froid toutes les matières dont le corps des animaux est formé.

Le fait est facile à vérifier; il suffit de mettre le cadavre d'un animal quelconque en contact avec une quantité d'acide sulfurique à 60°, suffisante pour le noyer, pour qu'au

bout de vingt-quatre heures, quarante-huit heures au plus, le cadavre entier: chair, sang, viscères, os, poils, ou laine, ait disparu, ne laissant à sa place qu'un sirop coloré que surnage la graisse détachée des tissus et liquéfiée par la chaleur de la réaction.

C'est ce procédé que j'ai appliqué et que je propose pour la destruction des cadavres des animaux morts de maladies contagieuses. Depuis trois ans, je l'ai à plusieurs reprises expérimenté sur une assez grande échelle à la ferme de la Faisanderie, à Joinville-le-Pont, et dans tous les cas l'expérience a été satisfaisante.

Des moutons morts du charbon et provenant des expériences de M. Pasteur ont été tout d'une pièce, sans dépeçage aucun, couverts encore de leur toison, immergés dans une cuve en bois doublée de plomb, remplie au tiers d'acide sulfurique à 60°; et, dans ces conditions, au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, j'ai vu les cadavres de ces animaux disparaître en entier, l'acide baissant en degré, au fur et à mesure que la quantité de matière animale augmentait, mais conservant son énergie dissolvante jusqu'à ce que de 60° la densité fût descendue à 43° environ.

Les quantités de matière que l'acide peut dissoudre dans ces circonstances sont considérables; elles atteignent et même dépassent les deux tiers du poids de l'acide.

Le sirop noir acide et azoté fourni par la dissolution des cadavres ainsi traités ne renferme plus aucun élément virulent. L'un des plus habiles collaborateurs de M. Pasteur, M. Roux, a bien voulu examiner le léger résidu insoluble qu'on y voit encore en suspension. Inoculé à plusieurs animaux très aptes à prendre le charbon, ce résidu n'a produit sur eux aucun effet; la culture n'a pu y montrer aucun germe charbonneux: l'acide sulfurique azoté, en un mot, constitue, au point de vue de la propagation du mal, un produit absolument inoffensif. . . . .

Un résultat aussi important pourrait, à la rigueur, être cherché au prix d'une dépense sérieuse; mais tel n'est point le cas, et, loin de coûter au cultivateur, la destruction des cadavres des animaux morts de maladies contagieuses, et même des animaux morts de maladies ordinaires, dont on ne sait guère tirer parti à la ferme, peut lui procurer un bénéfice. . . . . . .

L'acide sulfurique azoté, en effet, marquant 43° environ, conserve, malgré la présence de la matière animale dissoute, toute son aptitude à attaquer les phosphates de chaux naturels, en même temps que, riche à 0,80 environ d'azote, à 0,50 environ d'acide phosphorique soluble, il apporte, dans la préparation des superphosphates, des éléments de fertilité qu'il convient de ne pas négliger.

Une opération exécutée ces jours derniers, au moyen de produits que la Compagnie de Saint-Gobain avait libéralement mis à ma disposition, m'a permis de me rendre compte des résultats économiques que le traitement par l'acide sulfurique peut produire. Une quantité d'acide sulfurique à 60°, égale à 321 kil., a dissous, en dix jours, neuf moutons dont le poids total s'élevait à 204 kil. Des 525 kil. d'acide azoté ainsi obtenus, j'ai retiré 25 kil. de graisse environ et 500 kil. d'acide qui, mis en contact avec 440 kil. de coprolithes pauvres des Ardennes, m'ont fourni 940 kil. de superphosphate contenant 0,36 pour 100 d'azote, 5,86 d'acide phosphorique soluble, 1,77 d'acide phosphorique insoluble; superphosphate dont la valeur, jointe à celle de la graisse, représente environ 83 fr. La valeur de l'acide et des coprolithes employés représentant, d'ailleurs, 46 fr. environ, il résulte de l'opération un bénéfice de 37 fr., soit, pour chacun des neufs cadavres immergés, une valeur acquise de 4 fr. environ.

L'installation des cuves d'immersion, la manutention des acides, le travail du superphosphate peuvent, d'ailleurs, à l'aide de dispositions simples, être rendus aussi faciles que peu dangereux pour le cultivateur. »

M. Alf. Durand-Claye adresse, par l'entremise de M. L. Lalanne, un mémoire manuscrit portant pour titre : « Epidémie de fièvre typhoïde à Paris, en 1882; étude statistique. »

M. le Secrétaire perpétuel signale, parmi les pièces imprimées de la correspondance, la huitième livraison de l' « Anatomie, Physiologie, Pathologie des vaisseaux lymphatiques considérés chez l'homme et les vertébrés », publiée par M. Sappey.

JOURNAL DES JOURNAUX

De l'amblyopie croisée et de l'hémianopsie dans les lésions cérébrales. Nouveau schéma du trajet présumé des fibres optiques, par Grasset. — Les travaux récents sur les localisations cérébrales ont de nouveau mis en question les rapports des troubles visuels avec les lésions des hémisphères cérébraux. Le schéma classique de M. Charcot et celui de

M. Féré n'expliquent pas, d'après M. Grosset, le premier les faits d'hémianopsie, et le second les troubles amblyopiques d'origine cérébrale.

De là, un autre schéma que propose l'auteur, et dans lequel : 1° les fibres internes s'entrecroisent au chiasma, tandis que les fibres externes continuent leur trajet directement ; 2° les fibres externes s'entrecroisent en arrière du chiasma (vers les tubercules quadro-jumeaux, par exemple) de sorte que l'entrecroisement est alors complet pour toutes les fibres optiques et que dans chaque capsule interne se trouvent réunies toutes les fibres de l'œil opposé (de là, l'amblyopie croisée dans les lésions du carrefour sensitif) ; 3° les fibres externes s'entrecroiseraient à nouveau au delà de la capsule interne, avant d'aboutir aux circonvolutions, de sorte que chaque lobe occipital contiendrait les fibres externes de l'œil du même côté et les fibres internes de l'œil opposé. Aussi on observerait l'hémianopsie bilatérale quand la lésion siège dans le lobe occipital. Le troisième entrecroisement devrait être localisé dans le corps calleux. M. Grasset donne ce schéma comme une hypothèse destinée à expliquer la totalité des faits cliniques, tandis que les autres schémas ne suffisent pas à le faire. (*Montpellier médical*, février 1883.) — C. E.

FORMULAIRE

Gargarisme térébenthiné. — Geddings.

Essence de térébenthine.	10 grammes.
Mucilage de gomme arabique. . . .	250 —

Mêlez. — Recommandé contre la salivation mercurielle. — N. G.

Poudre antidyspeptique. — Bamberger.

Bicarbonate de soude pulv.	2 grammes.
Extrait de noix vomique.	0 gr 15 centigr.
Sucre blanc pulv.	2 grammes.

Mêlez avec soin et divisez en six prises. — Trois par jour, une demi-heure avant les repas, dans le cas de catarrhe chronique de l'estomac. — Frictions d'eau de Cologne au creux épigastrique. — N. G.

COURRIER

Légion d'honneur. — Par décrets en date des 9 et 10 juillet 1883, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Schutzenberger, professeur au Collège de France.

Au grade de chevalier : MM. le professeur Laurent Micé (de Bordeaux); et Trasbot, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort.

Concours de l'agrégation. — Le concours pour la section de chimie, physique et pharmacologie s'est terminé vendredi soir. Sont nommés les candidats dont les noms suivent :

1° *Physique* : M. Imbert, pour la Faculté de Lyon ; M. Guébhard, pour la Faculté de Paris ; M. Bagnéris, pour la Faculté de Nancy ; M. Bergonié, pour la Faculté de Bordeaux, et M. Doumer, pour la Faculté de Lille.

2° *Chimie* : M. Linossier, pour la Faculté de Lyon ; M. Ville, pour la Faculté de Montpellier, et M. Blanc, pour la Faculté de Lyon.

3° *Pharmacologie* ; M. Pouchet, pour la Faculté de Paris.

Faculté de médecine de Paris. — Le concours pour la nomination à une place de chef de clinique d'ophthalmologie s'est terminé jeudi dernier par la nomination de M. le docteur F. de Lapersonne.

— A la suite de la première épreuve, ont seuls été admis à subir les épreuves définitives : 1° du concours du clinicat des maladies nerveuses, M. Marie ; 2° du concours du clinicat médical : MM. Capitan, Derignac, Mathieu et Siredey.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Note sur un cas de pseudo-paralysie syphilitique infantile.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 27 avril 1883,

Par M. TROISIER, agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux.

Les altérations osseuses de la syphilis héréditaire que M. le professeur Parrot a fait connaître (1), s'accompagnent parfois d'une impotence des membres qui résulte de la brisure de l'os à la jonction du cartilage épiphysaire et de la diaphyse, ou au voisinage de cette jonction. C'est l'affection que M. Parrot a désignée sous le nom de *pseudo-paralysie syphilitique*. Je viens d'en observer un très bel exemple, et c'est ce cas intéressant que je désire vous communiquer, en vous montrant les pièces anatomiques qui s'y rapportent.

Le 16 mars dernier, la nommée Célestine O... fut reçue avec son enfant âgé de sept semaines dans le service de M. HÉRARD, que je remplaçais à cette époque à l'Hôtel-Dieu.

Cette femme avait amené son enfant à l'hôpital parce qu'il toussait depuis quelques jours; il avait, en outre, de la diarrhée et il dépérissait visiblement. Cet enfant était, en effet, atteint d'une bronchite aiguë, caractérisée par des râles muqueux disséminés dans les deux poumons, par une forte dyspnée et par de la fièvre. Mais il présentait en outre différentes manifestations de syphilis héréditaire : une roséole occupant presque toute la surface cutanée, du coryza, de l'alopécie, de nombreuses plaques arrondies, cuivrées, ulcérées ou recouvertes d'une croûte jaunâtre, qui siégeaient surtout sur les fesses et à la face. L'abdomen était très tuméfié et sillonné par de nombreuses veines dilatées. L'enfant présentait un état cachectique très prononcé et il était très amaigri ; la peau était décolorée. Ces différents accidents ne s'étaient produits que depuis une quinzaine de jours. Mon collègue et ami Bouilly qui opéra cet enfant il y a un mois environ, à l'hôpital Lariboisière, pour un bec-de-lièvre simple, m'a affirmé qu'il n'existait alors aucune trace de syphilis; cette opération, chose curieuse, avait parfaitement réussi, et l'on voyait sur la lèvre supérieure une cicatrice recouverte seulement d'une croûte mince et tout à fait indépendante des lésions muqueuses et cutanées du voisinage.

Je dois dire immédiatement que la mère ne présentait aucun signe actuel de syphilis; malgré cela, il était impossible de mettre en doute l'existence de la syphilis héréditaire chez cet enfant. Je n'ai pas pu avoir de renseignement précis sur le père.

Mais le phénomène le plus intéressant que présentait ce petit malade résidait, comme je l'ai dit en commençant, en une pseudo-paralysie occupant le membre supérieur gauche. Ce membre était complètement immobile, et lorsqu'on le soulevait, il retombait comme une masse inerte; cependant on remarquait quelques faibles mouvements volontaires des doigts et lorsque l'on fléchissait ou que l'on étendait l'avant-bras, il se produisait une contraction appréciable du biceps; cette contraction se produisait également

(1) J. Parrot. *Sur une pseudo-paralysie causée par une altération du système osseux chez les nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire.* In *Archives de physiologie*, 1871-1872, p. 319. — *Les lésions osseuses de la syphilis héréditaire et le rachitis.* (Id. 1876, p. 133.) — *Leçons sur la syphilis héréditaire.* In *Progrès médical*, 1877 et 1878.

sous l'influence du pincement de la peau; la sensibilité était conservée. Les mouvements volontaires persistaient au membre inférieur du même côté et aux membres du côté opposé; enfin il n'y avait aucun signe de paralysie faciale. L'impotence du membre supérieur gauche s'était produite, au dire de la mère, huit jours avant son entrée à l'hôpital.

Quoique j'aie passé une année d'internat dans le service de M. Parrot, et quoique j'aie fréquenté bien souvent, depuis cette époque, l'hospice des Enfants-Assistés, je n'avais jamais vu de pseudo-paralysie chez les nouveau-nés syphilitiques. Je soupçonnais bien cette affection dans le cas actuel; mais, craignant de me tromper, je priai M. Parrot de venir voir mon petit malade. M. Parrot me dit qu'il avait rarement vu un cas aussi caractérisé; il me fit observer que les membres inférieurs (qui étaient indemnes le matin) commençaient à se prendre à leur tour. Pour lui, l'inertie du bras gauche résultait certainement du décollement du cartilage épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus, et les altérations osseuses de la syphilis héréditaire devaient exister à un degré plus ou moins avancé sur presque tous les os du squelette.

L'enfant succomba le soir même de son entrée à l'Hôtel-Dieu.

Voici d'abord les deux humérus. Le droit (fig. 1) ne présente à son extrémité supérieure aucune altération appréciable; le cartilage épiphysaire est adhérent à la diaphyse; il en est séparé par une couche chondro-calcaire de peu d'épaisseur; le tissu spongieux de la diaphyse est rougeâtre et sans changement de consistance.

Fig. 1. Fig. 2.

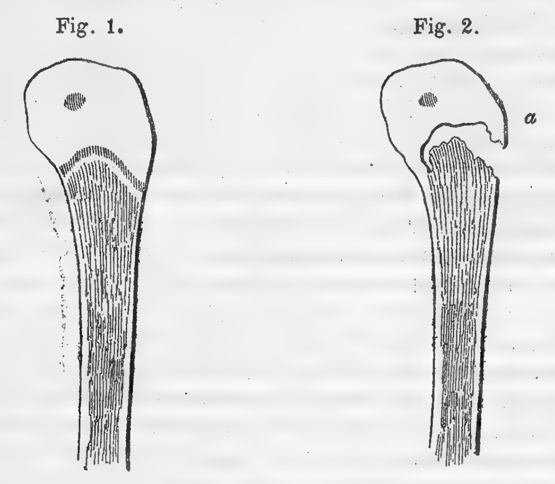


Fig. 1. Humérus droit, sain, sectionné longitudinalement.
Fig. 2. Humérus gauche. Le périoste a été sectionné en *a*, afin de faire mieux voir le décollement du cartilage épiphysaire.

A gauche, il était facile de voir, avant toute dissection, qu'il existait une mobilité anormale à l'union de l'épiphyse supérieure et de la diaphyse. Sur une section longitudinale de l'os (fig. 2), le cartilage se présente complètement décollé de la diaphyse; il n'est maintenu en place que par le périoste et la capsule fibreuse de l'articulation; entre les deux surfaces juxtaposées du cartilage et de la diaphyse il y avait un détritus offrant l'apparence du pus concret, mais qui n'était composé, ainsi que l'examen microscopique l'a montré, que de cellules cartilagineuses et osseuses désagrégées et de débris de fibro-cartilage. Quant à la diaphyse, elle présente l'altération décrite par M. Parrot sous le nom d'atrophie gélatiniforme et caractérisée par la diminution de consistance et la coloration jaunâtre du tissu spongieux; l'atrophie gélatiniforme occupe surtout l'extrémité supérieure, et c'est ce qui explique le décollement du cartilage épiphysaire. Nous avons retrouvé cette lésion sur presque tous les os longs; ainsi, l'humérus droit, qui est indemne à son extrémité supé-

rieure, est fortement altéré à son extrémité inférieure; les tibias et les fémurs présentent également l'atrophie gélatiniforme. Sur ces os, il a suffi d'une faible traction pour disjoindre les cartilages épiphysaires de la diaphyse, et le décollement se serait certainement produit au niveau de plusieurs articulations, si l'enfant avait vécu quelques jours de plus. D'ailleurs, la faiblesse des membres inférieurs qui s'était manifestée la veille de la mort, et sur laquelle M. Parrot appela mon attention, doit sans aucun doute être attribuée à ces lésions osseuses et aurait probablement été suivie d'une impotence complète. L'atrophie gélatiniforme se montre également en quelques points du frontal et des pariétaux. — On constate en outre à la surface de différents os, en particulier sur la face interne du tibia et sur la moitié inférieure des fémurs, une couche ostéophytique de peu d'épaisseur, lésion qui, pour M. Parrot, caractérise le premier degré des altérations osseuses produites par la syphilis héréditaire.

Il existait enfin des lésions viscérales qui sont regardées comme des lésions caractéristiques de la syphilis héréditaire; le foie présentait à sa surface l'altération décrite par Gubler sous le nom de grains de semoule; il pesait 315 grammes. La rate, augmentée de volume (poids, 25 gr.), était recouverte d'un mince exsudat pseudo-membraneux. L'un des poumons présentait l'hépatisation blanche de Virchow.

J'ajoute que l'examen de l'encéphale et de la moelle épinière n'a fait découvrir aucune altération de ces organes.

Il ne s'agissait donc pas dans ce cas d'une paralysie véritable, mais d'une ~~inertie,~~ d'une impotence du bras par suite du décollement du cartilage épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus. M. Parrot a justement comparé cet état à l'immobilité d'un membre atteint de fracture; et en réalité c'est bien à une solution de continuité de l'os que cette pseudo-paralysie est due.

Je ne crois pas devoir, à propos de ce fait, aborder dans son ensemble la question de la syphilis osseuse héréditaire. Je me bornerai à dire que les altérations que je viens de vous montrer sur ces os ne se rencontrent que chez les enfants nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire et qu'il est impossible de les rattacher à quelque autre affection: il ne s'agit pas ici d'ostéite épiphysaire, car ces lésions n'ont aucun caractère inflammatoire, et à l'âge de ces enfants, il n'est pas encore question du rachitisme, tel que l'entendent les auteurs. Ce sont des lésions produites par la syphilis héréditaire, comme les lésions des viscères et comme les différentes affections de la peau et des muqueuses; toutes ces manifestations morbides subissent une évolution parallèle, et si leur structure histologique varie avec l'organe atteint, elles ont cependant la même origine. Dans ces limites et réservées aux cas de ce genre, les propositions de M. Parrot me paraissent incontestables; j'espère que les pièces anatomiques que je viens de vous présenter vous paraîtront convaincantes.

De la luxation des phalangines en avant,

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 24 février 1883,

Par le docteur THORENS.

Les luxations des phalanges des doigts sont rares; les auteurs classiques ne consacrent que quelques lignes à leur histoire, et les recueils périodiques n'en renferment qu'un petit nombre d'exemples.

Les causes de cette rareté sont évidemment le peu d'étendue de ces segments de membre et surtout leur mobilité qui leur permettent de se dérober en quelque sorte à l'action d'une cause vulnérante. Ces luxations paraî-

tront d'autant plus rares que nous en séparons celles qui affectent le pouce, et qui empruntent à l'anatomie spéciale de cette région un caractère particulier.

L'une des moins communes est la luxation en avant de la phalangine. Boyer la regardait comme impossible; Malgaigne, dans son étude sur les luxations des phalanges (*Journal de chirurgie*, 1845) n'en connaissait qu'un cas, encore fort incomplet et négligemment écrit par Astley Cooper. Plus tard, dans son *Traité des fractures et luxations*, il en citait 4 cas dus à Binard, Hannon, Legendre et Bousquet.

Dans une thèse de M. Chédan, soutenue en 1871, nous ne rencontrons que 2 cas nouveaux, 1 de Liston et 1 de Tarneau.

Enfin, dans la *Revue des sciences médicales*, nous n'avons trouvé que deux indications bibliographiques, sans pouvoir remonter aux sources: luxation de l'indicateur en avant par Saint-Hubert Serre (*Gaz. hebd. de Montpellier*, 1881) et luxation de l'annulaire en avant par Giamboni (Lille, 1880).

Aussi croyons-nous devoir communiquer l'observation suivante :

Luxation incomplète en avant de la phalangine du doigt auriculaire gauche.

Jules T..., 15 ans, est amené le 24 janvier 1883 pour une lésion du doigt auriculaire gauche.

Il y a un mois, en voulant sauter sur un meuble, il est tombé en arrière et sur le côté, la main gauche a, la première, porté à terre, et tant que le malade se le rappelle, par sa face dorsale. Outre diverses contusions légères, il a ressenti une assez forte douleur dans le petit doigt, avec gonflement au niveau de l'articulation de la première et de la deuxième phalange, et gêne des mouvements du doigt. Cette gêne étant cependant peu prononcée, on n'a pas attribué grande importance au gonflement articulaire, et l'on s'est contenté d'appliquer des compresses résolutives. Toutefois, la persistance de la difformité a fini par solliciter plus vivement l'attention et le malade m'est amené environ un mois après son accident.

Le petit doigt de la main gauche présente une difformité carastéristique; la seconde phalange est légèrement fléchie sur la première et un peu déviée en dehors (relativement à l'axe de la main); la phalangette est étendue sur la phalangine.

La région de l'articulation de la première et de la deuxième phalange est augmentée en volume; sur la face dorsale, existe une saillie osseuse, abrupte inférieurement et se continuant avec la première phalange; sur la face antérieure il existe une saillie moins sensible, masquée par les parties molles, mais dont il est facile de reconnaître la continuité avec la deuxième phalange.

Les mouvements d'extension sont limités, la flexion est possible, quoique gênée et un peu douloureuse.

Le diagnostic ne peut être douteux. Il s'agit d'une luxation en avant de la phalangine sur la phalange ; la persistance des mouvements, le fait qu'à la palpation on ne découvre la saillie que d'une partie des surfaces articulaires, le faible degré du raccourcissement me font supposer que la luxation n'est qu'incomplète.

J'essaye de procéder à la réduction; mais les os sont maintenus trop solidement dans leur position vicieuse et les premières manœuvres, faites sans chloroforme, restent infructueuses. Le 27 janvier, après avoir endormi le malade, je procède à de nouvelles tentatives de réduction, avec le concours de mon excellent confrère, le docteur Havage, ancien interne des hôpitaux. Des manœuvres d'extension, dans la direction de l'axe de la phalange, combinées avec des pressions en sens contraire sur les saillies des os luxés, amènent rapidement le craquement caractéristique de la réduction de la luxation.

Le doigt est ensuite fixé dans l'extension sur une attelle de carton, maintenue par une bande collodionnée.

L'appareil est enlevé au bout de huit jours, et remplacé par une simple bande roulée que le blessé porte quelques jours.

La guérison est parfaite, le doigt recouvre sa forme première et toute sa mobilité.

Il m'a paru intéressant de rechercher suivant quel mécanisme la luxation avait pu se produire. Pour Malgaigne, la cause en est probablement un choc qui pousse la phalangine en avant, la phalange étant retenue par

un point d'appui, ou même seulement par l'action musculaire. Dans des tentatives réitérées faites sur le cadavre, je n'ai jamais pu produire la luxation de cette manière. La phalange immobile, toute pression faite d'arrière en avant sur la phalangine n'en amène que la flexion. La disposition des surfaces articulaires est telle que jamais la luxation ne peut être produite par exagération de la flexion. Ce mouvement, en effet, n'est limité que par la rencontre des deux segments, phalange et phalangine, et non pas par la tension d'un ligament : condition indispensable pour qu'une luxation se produise.

Il n'en est pas de même du mouvement d'extension. Ce mouvement est limité par la tension du ligament antérieur ou glénoïdien, renforcé par la gaîne des tendons des fléchisseurs. Si on renverse la phalangine en arrière, le ligament antérieur se déchire et il se produit une luxation en arrière. Il ne peut se produire que cette luxation, car, dans l'extension exagérée, la phalangine, dont les cavités glénoïdes offrent une surface moindre que celle des condyles phalangiens, roule encore sur la partie postérieure de la trochlée phalangienne, que la partie antérieure de cette trochlée fait saillie et appuie sur le ligament antérieur distendu. Aussi, quand celui-ci vient à céder, ce n'est que l'extrémité inférieure de la phalange qui peut faire saillie à travers la déchirure ligamenteuse, tandis que la tête de la phalangine chevauche sur la face dorsale de la phalange.

Toutes les luxations en arrière produites ainsi, je les ai trouvées toujours faciles à réduire, — j'ai cherché à transformer une luxation en arrière en luxation en avant; je n'ai pu y arriver.

Mais si, au lieu de produire une luxation directe en arrière, j'imprimais à la phalangine un mouvement de torsion ou de flexion latérale combinée avec l'extension forcée, de manière à amener avec la rupture du ligament antérieur celle d'un ligament latéral, alors la luxation en avant se produisait aisément; et je crois pouvoir avancer que la condition nécessaire pour la production de la luxation en avant d'une phalangine, c'est la rupture d'un ou des deux ligaments latéraux.

Il est d'ailleurs facile de se rendre compte de ce fait *à priori*, d'après la seule disposition anatomique du ligament de l'articulation phalango-phalanginienne.

Le ligament latéral s'insère au tubercule ou à la petite crête qui est en arrière du creux latéral de l'extrémité inférieure de la phalange; de là ses fibres se portent dans deux directions, comme l'a fort bien décrit Jarjavay. Les unes, supérieures et antérieures, ont un trajet oblique en bas et en avant, et vont renforcer le ligament antérieur : faisceau glénoïdien; — les autres, inférieures et postérieures, ont une direction moins oblique et s'attachent à la crête latérale de la phalangine : faisceau phalanginien.

Dans l'extension, ces deux faisceaux sont tendus, mais surtout le faisceau glénoïdien, et dans les luxations en arrière, les fibres antérieures de ce faisceau sont rompues. Quant au faisceau phalanginien, son insertion en arrière de l'axe des mouvements lui permet de suivre le mouvement qui porte la phalangine en arrière, au prix cependant d'une certaine torsion de ses fibres, comme l'avait indiqué Jarjavay dans son Mémoire sur les articulations des phalanges du pouce.

Dans la flexion extrême, le faisceau phalanginien est distendu, mais à ce moment la rencontre des deux segments du doigt rend impossible toute exagération de ce mouvement.

Si, après la rupture du ligament antérieur on cherche à repousser la phalangine en avant, la tension du ligament latéral empêche le déplacement de se produire et s'oppose à tout chevauchement de la phalangine en avant de la phalange. Celui-ci ne se produira qu'après la rupture du ligament latéral en totalité.

C'est ce qui se produit quand on cherche à renverser la phalangine laté-

ralement. Dans ce mouvement, ce ne sont plus comme dans le renversement en arrière les condyles de la phalange qui pressent contre le ligament glénoïdien, c'est la tête de la phalangine qui agit contre le ligament latéral, c'est elle qui est l'agent de la rupture et qui fait saillie hors du manchon articulaire.

Si en même temps, il y a renversement en arrière, la rupture s'étend au ligament glénoïdien et par la vaste déchirure ainsi produite la phalangine peut être portée en avant de la phalange.

Il faut ajouter à ces causes l'action du ligament latéral qui est resté intact, et qui sert comme de centre au mouvement de torsion, cause de la luxation en avant.

Les déductions anatomiques, les expérimentations cadavériques nous permettent ainsi de restituer le mécanisme de la luxation de la phalangine en avant, et de la regarder comme résultant d'un mouvement de torsion ou de flexion latérale, combinée avec un mouvement d'extension exagérée.

Je crois que l'observation clinique concorde avec ces données théoriques.

Dans le cas de M. Bousquet, le sujet montait un escalier avec une chaufferette à la main ; il glissa, s'accrocha à la rampe en fer avec le médius replié en crochet, ne put s'y retenir et roula plusieurs marches, sa chaufferette à la main: qu'on essaie de rétablir la scène, on verra que le mouvement qui s'est produit a été bien certainement une extension exagérée, avec torsion, et que le choc du barreau de la rampe a porté sur la face latérale du doigt.

Le sujet de M. Legendre (de Blineau) est un garçon d'écurie, qui ayant saisi par la crinière un cheval qui se cabrait, eut ainsi la main fortement poussée contre une poutre. « La première phalange de l'annulaire, légèrement tordue en dehors, était repoussée en arrière et dépassait en ce sens celle des autres doigts. La deuxième, fléchie sur la première à angle droit, était fortement tordue en dehors, de telle sorte que la pulpe du doigt touchait le doigt indicateur au niveau du pli articulaire de la première et de la deuxième phalanges. En touchant la partie luxée, je sentis distinctement à la face dorsale une petite tumeur arrondie, non saillante, fournie par la tête de la première phalange; à la face palmaire, je ne constatai qu'un angle rentrant produit par la flexion de la phalange luxée. » Dans cette observation, le fait de la torsion est nettement indiqué.

Dans l'observation de M. Tarneau, c'est une luxation en avant de la phalangine du médius et de l'annulaire, survenue chez un cavalier ; emporté par son cheval sous un arbre qu'on abattait, il étendit la main droite pour se protéger: les extrémités du médius et de l'annulaire portèrent seules sur l'obstacle. Le mouvement instinctif qu'on accomplit en pareille circonstance est d'avancer la face palmaire de la main et non la face dorsale.

Dans le cas de Liston, il s'agit d'un sergent de ville qui, en appréhendant un homme au corps, se luxa en avant la phalangine du médius gauche. Il y a tout lieu d'invoquer encore ici le mécanisme que nous avons décrit, et on comprend parfaitement une torsion du doigt dans ce cas.

Il est vrai qu'il est dit du sujet de M. Binard qu'il était tombé sur la main à demi fléchie, et mon malade croyait se rappeler que sa main avait porté à terre par sa face dorsale. Mais cherchons à rétablir la scène: il saute en arrière pour tomber assis sur un tabouret, qui glisse, il étend la main pour se protéger: l'extrémité du petit doigt, et par sa face interne rencontre le tabouret qui glisse, s'y accroche, ou bien porte sur le sol, et à l'un de ces moments se produit la rupture du ligament latéral interne; puis, quand la face dorsale de la main rencontre le sol, la phalangine, privée de ses attaches supérieures, est repoussée en avant et la luxation latérale primitive est transformée en luxation en avant. Ce qui est certain, c'est que chez mon malade

j'ai constaté une déviation en dehors de la phalangine, comme celle que j'ai vu se réaliser dans les expériences sur le cadavre.

CONCLUSIONS

1. La luxation de la phalangine des doigts en avant existe, contrairement à l'opinion de Boyer.

2. Elle ne peut se produire que par une rupture du ligament antérieur et d'un ligament latéral. Elle s'accompagne d'un certain degré de torsion.

3. La luxation directe en avant ne peut se produire qu'après rupture des deux ligaments latéraux et du ligament antérieur.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITEMENT DU CHOLÉRA, par le docteur CHABASSU, médecin principal de la marine en retraite. — O. DOIN, éditeur.

Le docteur Chabassu, comme nous l'avons annoncé au commencement de cette année (nº du 6 février), fait paraître chez O. Doin une brochure sur le traitement du choléra, que l'auteur résume dans les termes suivants :

Pour guérir les cholériques, dans l'immense majorité des cas, il faut :

1º Faire pénétrer dans l'économie les médicaments appropriés par la voie rectale, à l'exclusion absolue de toute autre voie, pendant la période d'algidité, et jusqu'à ce que, pendant la période suivante, la réaction soit solidement et définitivement établie.

2º Administrer les injections rectales sans tarder et sans relâche, jusqu'à la fin de la maladie.

3º Employer le quinquina jaune et le laudanum de Sydenham comme médicaments spécifiques, en les associant à l'amidon.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 avril 1883. — Présidence de M. MILLARD.

SOMMAIRE. — Correspondance imprimée. — M. Duguet : *De l'angine ulcéreuse dans la fièvre typhoïde.* Discussion : MM. Féréol, Landouzy, Du Castel, Lacombe, Rendu, Duguet. — M. Troisier : *Note sur un cas de pseudo-paralysie syphilitique infantile.*

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée. La *France médicale.* — La *Thérapeutique contemporaine.* — Le *Progrès médical.* — La *Tribune médicale.* — *Gazette médico-chirurgicale de Toulouse.* — *Annales de gynécologie.* — *Journal de thérapeutique.* — *Union médicale et scientifique du Nord-Est.* — La *Loire médicale.* — *Mémoires* et *Comptes rendus* de la Société des sciences médicales de Lyon. — *Etude clinique sur les eaux thermales de Brides-les-Bains,* par le docteur Philbert. — *Bulletin* de l'Académie royale de médecine de Belgique, etc.

—

M. DUGUET fait une communication intitulée : *De l'angine ulcéreuse dans la fièvre typhoïde.* (Voir l'*Union Médicale* des 17 et 19 juillet 1883.)

M. FÉRÉOL : J'ai vu cinq ou six cas semblables à ceux que M. Duguet vient de signaler; mais j'avoue que je n'avais pas attaché une grande importance à cette affection, étant connue la tendance à l'ulcération que la fièvre typhoïde imprime à toutes les lésions. L'intéressante communication de M. Duguet aura l'avantage d'attirer l'attention sur cette complication de la dothiénentérie. Il m'a semblé que cette angine ulcéreuse n'indiquait pas une gravité plus grande de la fièvre typhoïde.

M. LANDOUZY : J'ai observé quatre faits semblables qui se trouvent consignés dans la thèse inaugurale de M. Dérignac, soutenue il y a quelques jours. Dans ces cas, le diagnostic présentait une certaine difficulté, et l'on eût pu croire qu'il s'agissait soit d'une plaque muqueuse, soit d'une ulcération tuberculeuse.

M. Du Castel : J'ai observé également un cas de ce genre. L'angine ulcéreuse apparut huit jours avant les taches rosées; elle existait à droite et à gauche d'une façon symétrique; les ulcérations présentaient un bord festonné, comme si elles résultaient de la réunion d'un certain nombre d'ulcérations plus petites; elles étaient grisâtres, et elles donnaient tout à fait l'apparence d'une angine tuberculeuse. Le malade a guéri.

M. Lacombe : J'ai vu deux malades atteints de fièvre typhoïde qui ont présenté des ulcérations de la gorge; j'ai cru pendant quelques jours qu'il s'agissait d'une angine tuberculeuse coïncidant avec une granulie.

M. Rendu cite, à propos de la communication de M. Duguet, un cas de fièvre typhoïde qui s'est accompagnée, au début, d'une angine érythémateuse si intense que l'on pouvait mettre sur le compte de la manifestation gutturale la fièvre et les phénomènes généraux que présentait le malade.

M. Duguet : L'angine érythémateuse du début de la fièvre typhoïde est fréquente et elle est actuellement bien décrite; mais l'angine ulcéreuse n'a pas encore été signalée, à ce que je crois. Je suis surpris d'entendre dire que l'on a pu hésiter pour le diagnostic; cette angine ne ressemble qu'à elle-même; les bords sont si peu déchiquetés, le fond est si peu granuleux que le doute ne doit pas durer longtemps.

M. Du Castel insiste de nouveau sur le contour festonné des ulcérations qu'il a observées.

M. Landouzy : Chez un de mes malades, l'ulcération du voile du palais avait des bords très anfractueux et présentait tellement les caractères de l'angine tuberculeuse que je l'ai considérée comme telle jusqu'au jour où elle disparut avec les phénomènes typhoïdes; il y avait, dans ce cas, une congestion des deux poumons limitée aux sommets, ce qui justifiait jusqu'à un certain point mon diagnostic. Mais cette erreur ne fut pas préjudiciable au malade, et, bien qu'il ait été alimenté pendant toute la durée de sa maladie, il guérit.

M. Troisier fait une communication intitulée : *Note sur un cas de pseudo-paralysie syphilitique infantile.* (Voir plus haut.)

— La séance est levée à quatre heures trois quarts et la Société se réunit en comité secret.

Le secrétaire, Troisier.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 janvier 1883. — Présidence de M. Reliquet.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend : le *Progrès médical,* le *Concours médical,* le *Journal de médecine de Paris,* la *Thérapeutique médico-chirurgicale,* le *Journal d'hygiène;* le *Journal des sages-femmes,* la *Revue des travaux scientifiques.*

Une brochure intitulée : *Assainissement de Paris,* avec le sous-titre : *Le système diviseur appliqué à l'égout.* Cette brochure est offerte par son auteur, M. Eugène Miotat, architecte.

Puis une thèse ayant pour titre : *Contribution à l'étude du goître exophthalmique. Etiologie, pathogénie et traitement,* adressée à la Société par son auteur, le docteur Benard, ancien interne des hôpitaux de Paris.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Dumas (de Cette) qui remercie la Société de l'avoir nommé membre orrespondant dans la dernière séance.

Une lettre de M. le docteur Deligny (de Toul), membre correspondant, qui annonce 'envoi de trois exemplaires d'une brochure ayant pour titre : *La fissure à l'anus,* et dont il fait hommage à la Société.

M. le Président fait part à la Société de la perte qu'elle vient de faire en la personne d'un de ses membres les plus sympathiques, M. le docteur Delpeuch, et donne lecture du discours qu'il a prononcé sur sa tombe.

Ces paroles sont accueillies par des marques unanimes d'approbation.

M. Dubuc fait hommage à la Société d'nne brochure intitulée : *Note sur un cas de lithotritie.*

COMMUNICATIONS

La parole est donnée à M. Rougon pour la lecture d'une observation de purpura hemorrhagica suivi de mort. (Voir *Union médicale*, avril 1883.)

—

M. Duroziez a ensuite la parole pour la lecture d'un travail sur le pronostic du rétrécissement mitral pur et compliqué. (Sera publié prochainement.)

DISCUSSION

M. Dubuc: Il est admis aujourd'hui par presque tous les auteurs, et en particulier par les médecins de Saint-Louis, que l'arthritisme est une des causes prédisposantes du cancer, ou tout au moins que le cancer semble évoluer plus volontiers sur le terrain arthritique.

Bazin pensait même que le cancer constitue la période quaternaire de l'arthritisme, et M. le professeur Verneuil partage cette opinion.

M. Duroziez: M. Dubuc parle du cancer trouvant un terrain favorable chez les arthritiques, goutteux et rhumatisants. Pour moi, si le microscope ne s'y oppose pas absolument, j'admets que le rhumatisme peut créer des lésions de l'estomac analogues à celles que nous trouvons dans le cœur, et produire des rétrécissements fibreux des orifices de l'estomac comme il en produit aux orifices des ventricules. Quant à confondre le rhumatisme et la goutte dans le capharnaüm arthritique, l'étude des maladies du cœur s'y oppose formellement. Si cancer il y a, la goutte et le rhumatisme ne produiront pas la même forme de cancer. Il doit exister des cirrhoses rhumatismales de l'estomac comme des autres organes. Les lésions du cancer sont-elles assez pathognomoniques pour trancher la question que nous posons avec la plus grande timidité?

M. Dubuc répond qu'au point de vue histologique il n'y a pas de confusion possible, et que le cancer a une structure propre, et des éléments caractéristiques qui le distinguent nettement du simple tissu fibreux.

Résection du poignet par le procédé des deux incisions latérales; conservation de tous les tendons; guérison.

M. Polaillon met sous les yeux de la société les os du poignet qu'il a réséqués chez une femme de 39 ans pour une tumeur blanche de l'articulation radio-carpienne droite. Ces os comprennent tous les os du carpe, l'extrémité des deux os de l'avant-bras et l'extrémité supérieure de tous les métacarpiens, à l'exception du métacarpien du pouce.

L'opération fut pratiquée de la manière suivante. Après avoir anesthésié la malade et appliqué la bande d'Esmarch, je fis deux incisions, l'une sur le bord radial, l'autre sur le bord cubital du poignet. Par ces ouvertures, j'énucléai facilement les os du carpe qui baignaient dans le pus; puis, levant la main en dehors, je réséquai 1 centimètre 1[2 de l'extrémité inférieure du cubitus. Levant ensuite la main en dedans, je fis saillir, à travers l'incision externe, l'extrémité inférieure du radius, que j'isolai des parties molles et que je sciai au même niveau que le cubitus. L'extrémité supérieure des quatre derniers métacarpiens étant dénudée du cartilage articulaire et atteinte d'ostéite suppurée fut aussi réséquée avec des pinces de Liston dans l'étendue d'un centimètre. Tous les tendons furent ménagés. La cavité opératoire fut ensuite ruginée avec une curette mousse pour enlever les fongosités, puis lavée avec des injections d'eau phéniquée au 20me.

Suture métallique; drain; pansement de Lister. Immobilisation de la main et de l'avant-bras sur une palette. Réunion immédiate, sauf en un point de l'incision radiale, point qui resta fistuleux et laissa sortir dans la suite de petites parcelles osseuses.

Dix mois environ après l'opération j'ai présenté mon opérée à la Société de chirurgie (séance du 10 janvier 1883). Elle conserve une main très utile. Le poignet a une forme arrondie, due au tassement des parties molles, et n'est pas encore assez solide pour que la main puisse soulever des objets un peu lourds. Les doigts sont encore raides et les mouvements de flexion sont limités. Mais il n'est pas douteux que la main gagnera progressivement en force et en mobilité. Dès à présent, les mouvements d'opposition du pouce avec les autres doigts sont possibles. Il en résulte que l'opérée peut coudre, tricoter et exécuter les menus travaux qui lui sont nécessaires.

Ce fait prouve que la résection du poignet, qui naguère encore était considérée comme une mauvaise opération, peut donner, dans certains cas, un excellent résultat.

M. POLAILLON montre les pièces qui proviennent d'une résection du poignet qu'il a pratiquée il y a près d'un an sur une femme de 39 ans, opération qui a été suivie d'un résultat très favorable, puis il donne lecture de l'observation, en faisant remarquer qu'il s'agit de la malade qu'il a présentée à la Société de chirurgie dans une de ses dernières séances.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Gaston GRAUX.

La Société de médecine d'Angers (1).

Parmi les nombreuses Sociétés de médecine de France, en voici une dont l'origine est des plus anciennes. C'est de germinal an V que date sa naissance, elle est donc âgée de quatre-vingts années. Ne croyez pas, cependant, que ses attributs physiques soient ceux de la vieillesse; bien au contraire, la physionomie de ses séances témoigne d'une robuste vitalité; ses allures sont vigoureuses et sa démarche assurée.

Depuis 1873, elle a pris l'excellente habitude de publier chaque année un volume de *Mémoires*, qui témoignent par leur valeur scientifique de l'animation des séances et de la laborieuse activité de ses membres. La Société de médecine d'Angers est donc une association de vaillants travailleurs, dont on peut apprécier l'ardeur dans les procès-verbaux de chaque réunion. Parmi les nombreux sujets mis en discussion pendant l'année 1882, signalons entre autres celle de la *fièvre typhoïde chez les vieillards*, de l'emploi *thérapeutique de la pilocarpine* et des résultats de la *trachéotomie.*

M. WASLIN a lu à la Société un mémoire sur les *indications de la trépanation de l'apophyse mastoïde dans les suppurations de l'oreille moyenne :* M. LEBLOIS a provoqué une savante discussion par ses recherches sur le sujet toujours actuel des *phénomènes hypnotiques et métalloscopiques dans l'hystérie* et M. PETRUCCI avec ses études sur les *réflexes cérébraux.*

En obstétrique et en gynécologie, M. RENON a fait connaître un cas de guérison d'*embolie pulmonaire consécutive à une phlegmatia alba dolens puerpérale*, et M. GUICHARD, une observation d'*opération césarienne par le procédé de Porro.*

En chirurgie, M. HOUDINE a lu une note sur les *fractures du crâne,* M. CRONELA fait connaître un fait clinique remarquable de *fracture du crâne avec perte de substance cérébrale de la région temporo-pariétale gauche*, n'ayant été suivie ni de perte de fonction ni de paralysie. Enfin, M. TESSON a donné le récit d'une opération de *désarticulation de la hanche.*

La médecine, la chirurgie, l'obstétrique, la gynécologie, c'est-à-dire toutes les branches des connaissances médicales ont donc fourni leur tribut à cette savante Société. L'anthropologie elle-même a été mise à contribution par M. Farge dans un mémoire sur une *tête de criminel,* mémoire qu'on lira avec non moins de profit que la note du même auteur sur l'*hémorrhagie du pancréas.*

Faut-il après cela s'étonner de l'intérêt si grand des bulletins de cette Société, et de la nécessité, chaque année, d'ajouter des séances supplémentaires aux séances ordinaires, pour épuiser l'ordre du jour? Cet élan scientifique qu'elle imprime an corps médical du département est assurément de la vraie décentralisation. Pour notre part, nous en félicitons nos confrères d'Angers parce qu'elle témoigne de leur réel dévouement pour la science et pour la profession.

C. ELOY.

(1) *Bulletins et mémoires de la Société médicale d'Angers,* tome X. Angers, 1881. Lachère.

VARIÉTÉS

Le lazaret de Marseille et le choléra.

On a dû, à la suite d'évasions de quarantainaires, renforcer par un détachement de vingt-cinq hommes de ligne, sous le commandement d'un lieutenant, la garde sanitaire de cet établissement. Cette mesure n'était pas inutile en présence de l'encombrement des îles du Frioul.

La discipline du lazaret doit, en effet, être strictement imposée aux passagers aussi bien qu'aux équipages, et le capitaine de cet établissement a mission de la faire respecter. Elle consiste d'ailleurs, pour le quarantainaire, à observer les règles sanitaires et à ne par franchir les limites de la résidence qui lui est assignée. Toute infraction est

punissable par la consigne dans le logement ou bien dans la salle de police du lazaret. En infligeant ces punitions, le capitaine du lazaret doit sans délai en référer au directeur.

Quelles sont les mesures de désinfection prescrites à l'établissement de Marseille? Les vêtements et effets des quarantainaires sont exposés à l'air. Ceux qui ne sont pas d'usage journalier sont désinfectés. Les marchandises doivent être déchargées; mais, actuellement le Frioul est encombré; les hangars font défaut et on doit mettre les marchandises suspectes sur des allèges, et celles-ci même commencent à manquer. Vraiment on peut douter de la valeur d'une désinfection ainsi pratiquée.

Puisqu'il en est ainsi à Marseille dans notre port de mer le plus important, on se demande avec raison ce qu'il en est dans les autres. Singulière prévoyance et singulier emploi des sommes qui, chaque année, sont inscrites au budget!

Il en est de même de l'insuffisance des locaux occupés par les quarantainaires. Les uns habitent des dortoirs, les autres des chambres séparées; mais comme leur nombre dépasse mille en ce moment, ils se trouvent fort à l'étroit. Cet encombrement, qui augmente chaque jour, est déjà tel que tous se trouvent confondus; ceux qui terminent leur quarantaine et ceux qui débarquent des ports contaminés. Quelle garantie peut-on trouver dans une telle organisation?

Chaque quarantainaire doit accepter le logement qui lui est assigné par le capitaine du lazaret; mais sur sa demande, il a des gens de service à sa disposition. Chaque chambre est meublée d'un lit en fer, d'une paillasse, d'un matelas, d'un traversin, de deux draps, de deux couvertures de lit, d'une seule serviette, d'une table, de deux chaises, d'un chandelier et voire même d'un éteignoir! Joignez à cela : un miroir, une carafe, un verre, une cuvette, un pot à eau et un vase de nuit. C'est là assurément un mobilier de lacédémonien et ces chambres ont quelque apparence de cellule monastique. Seulement — admirez ce luxe administratif on octroie, dans les chambres à cheminée, — car toutes n'en possèdent pas — l'usufruit d'une pincette, d'une pelle, de deux chenets et même d'un soufflet. Quelle munificence!

Il est vrai que les quarantainaires ont le droit de compléter ce mobilier à leurs frais et leur sybaritisme peut aller jusqu'à faire acheter en ville les objets de literie qu'ils désirent. Le règlement les y autorise, mais il n'est pas toujours facile de le faire. Malgré les perfectionnements de la navigation à vapeur, l'administration sanitaire qui n'a pas sans doute l'enthousiasme de M. Prudhomme pour les inventions du siècle, en est encore aux voiliers. Or le navire qui fait communiquer lelazaret avec la ville, appartient à cette catégorie. Il arrive donc quand il peut et comme il peut, selon ces caprices du vent si souvent chantés par les poètes, mais toujours maudits par le quarantainaire qui attend un oreiller pour s'endormir sur la couchette réglementaire!

Un ou deux petits vapeurs assureraient le service, ils sont indispensables, aussi, on n'a pas encore eu l'idée d'en prescrire l'achat dans les bureaux du ministère du commerce. C. E.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT DU 23 AU 28 JUILLET 1883.

Lundi 23. — M. Lassegue : Des cardiopathies réflexes d'origine brachiale. (Président, M. Potain.)

M. Ronsin : Variations de l'urée, des chlorures et des phosphates dans la tuberculose. (Président, M. Potain.)

M. Ruault : Recherches sur le pouls capillaire visible. (Président, M. Potain.)

M. Cadiz : Contribution à l'étude du traitement de la rupture de l'utérus pendant et après le travail de l'accouchement. (Président, M. Guyon.)

M. Mortreuil : Contribution à l'étude des pseudo-étranglements de l'intestin. Iléus traumatique. (Président, M. Guyon.)

Mardi 24. — M. Lagarrigue : Contribution à l'étude de l'influence du moral sur le physique. (Président, M. Bouchard.)

M. Saissinel : De quelques accidents de l'emploi de la morphine. (Président, M. Bouchard.)

M. Filhoud Lavergne : Etude sur le convallaria maïalis physiologique et thérapeutique. (Président, M. G. Sée.)

M. Fayseler : Etude sur l'angine sèche. (Président, M. Brouardel.)

M. Milan Vassitch : Etude sur les chorées des adultes. (Président, M. Brouardel.)

M. Cousyn : Quelques considérations sur la pathogénie des troupes d'infanterie de marine en Nouvelle-Calédonie. (Président, M. Brouardel.)

M. Chanut (Edouard) : Contribution à l'étude du souffle amphorique et caverneux dans la pleurésie. (Président, M. Peter.)

Mme Héring : Contribution à l'étude de la lithiase biliaire. (Président, M. Peter.)

M. Trilhe : Contribution à l'étude de la périencéphalite diffuse et de son traitement. (Président, M. Peter.)

Mercredi 25. — M. Reddon : Contribution à l'étude des troubles cérébraux consécutifs à la dothiénentérie. (Président, M. Potain.)

M. Du Périer : Contribution au diagnostic des ulcérations de la langue. (Président, M. Fournier.)

M. Sombret : De l'emploi du naphtol dans quelques affections cutanées. (Président, M. Fournier.)

A suivre.

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE LA CONJONCTIVITE. — Von Arlt.

Précipité blanc.	0 gr 80 centigr.
Extrait de belladone.	1 gramme.
Cérat	3 —

Mêlez. — Toutes les deux heures, on fait une friction avec gros comme un pois de cette pommade, sur le front et les tempes, pour remédier aux douleur violentes et à la photophobie de la conjonctivite catarrhale. Dans certains cas même, il est nécessaire d'appliquer 6 à 8 sangsues à la région temporale. — N. G.

VIN TONIQUE AMER. — Fonssagrives.

Quinquina rouge concassé.	15 grammes.
Racine de gentiane concassée. . . .	10 —
Ecorce d'orange amère.	5 —
Vin rouge.	1000 —

Faites macérer quelques jours, jusqu'à ce que l'amertume soit suffisante, puis filtrez 3 à 5 cuillerées par jour, aux convalescents de fièvres intermittentes, pour stimuler l'appétit. — N. G.

COURRIER

APPAREILS CRÉMATOIRES. — Dans sa séance du 11 juillet, le Conseil municipal de Paris a, sur la proposition de M. Georges Martin, « invité M. le Préfet de la Seine à faire les démarches nécessaires auprès du gouvernement pour que la ville de Paris soit autorisée à construire, dans les trois grands cimetières de Paris, des appareils crématoires ne devant être utilisés qu'en temps d'épidémie ».

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Etiologie de la Coqueluche (1),

Par le docteur H. Roger,

Médecin honoraire de l'hôpital des Enfants.

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que la coqueluche affecte les jeunes sujets avec une préférence telle qu'on la décrit comme une *maladie de l'enfance:* en effet presque exclusivement observée chez les enfants, elle est fort rare chez les adultes et exceptionnelle chez les vieillards ; mais ces différences sont entièrement indépendantes de l'*âge* lui-même, et elles tiennent tout uniment aux conditions différentes des sujets par rapport à l'exposition aux contages. Du reste, pour cette question de l'âge et pour les autres influences possibles, exposons d'abord les faits généralement constatés ou allégués, et nous aurons ensuite à les commenter et à fournir notre explication.

Rien de plus rare que la coqueluche *congénitale;* et on le comprend, puisqu'il faut pour cette contamination du nouveau-né, que la mère ait été infectée elle-même par ses enfants (ce qui arrive parfois) et qu'elle l'ait été pendant sa grossesse (ce qui n'advient presque jamais) ; il faut aussi que la contagion se soit opérée, dans ce cas, par le sang maternel, comme pour la syphilis. Rilliet et M. Barthez ont noté des quintes caractéristiques, le jour même de la naissance, chez un enfant dont la mère était coquelucheuse depuis un mois (donc la période d'incubation avait dû se passer dans l'utérus). Je tiens de Blache un fait analogue : la maladie, évidente au sixième jour de la vie, avait été, sans aucun doute, transmise au nourrisson par sa mère qui l'avait prise d'un autre de ses enfants.

On compte les cas survenus dans les *trois premiers mois* de l'existence : je n'en ai vu qu'un à quinze jours, un second à un mois, un troisième et un quatrième à deux mois, et plusieurs pendant le troisième mois ; passé ce terme, ils deviennent de moins en moins rares. M. West a noté pareillement que la coqueluche est à son minimum de fréquence chez les enfants âgés de moins d'un semestre (de même, M. Bouchut, sur 33 coquelucheux qui avaient moins de deux ans, n'en a compté que 3 dans le premier mois et 6 dans le deuxième). De ses observations, notre savant confrère de Londres a conclu, à tort selon nous, que les jeunes sujets ne sont pas tous également passibles de la contagion, et que chez les très-jeunes, même au milieu de malades et dans une atmosphère viciée, la réceptivité semble moindre (*appear to be especially indisposed to receive it*). Les enfants en dentition qui n'ont pas poussé leurs œillères, auraient aussi une moindre réceptivité : Borsieri, du moins, le prétend, et les auteurs du *Compendium* partagent son erreur.

La véritable raison de cette immunité apparente, c'est que, plus les bébés sont jeunes, plus ils sont surveillés et tenus éloignés des contages ; et l'immunité cesse dès que cette surveillance se relâche et que les occasions de contagion en augmentent d'autant. Du moment où l'on expose un enfant à l'action du poison morbide, il en est presque certainement la victime, quel que soit son âge ; et, entre autres exemples de contamination dans la première semaine de la vie, je citerai celui d'un des enfants de Blache, qui, huit jours après sa naissance, prit, d'un de ses frères, le germe du mal.

(1) Suite. — Voir le numéro du 21 juillet.

M. Bouchut a raconté un fait semblable : une dame, le surlendemain de son accouchement, reçoit une très longue visite d'un neveu qui avait la coqueluche ; quarante-huit heures après, son bébé se met à tousser, et, quatre jours plus tard, la toux était pathognomonique.

Après six mois, la maladie semble augmenter progressivement de fréquence ; elle est à son maximum dans la *première enfance* (de deux à cinq ans, d'après Rilliet et Barthez), pour décroître ensuite considérablement dans la *seconde*, à mesure qu'approche la puberté : sur 130 coquelucheux dont Blache a donné le relevé, il y en avait 106 âgés d'un à sept ans, tandis qu'il n'y en avait que 24 de huit ans à quatorze ; dans une statistique dressée par M. West et qui porte sur 1,367 enfants, 11 seulement avaient passé la dixième année. Cet accroissement progressif du chiffre des malades dans la première enfance ne dépend-il pas uniquement de ce que commencent alors les rapports des jeunes sujets entre eux, rapports et chances d'infection qui se multiplient dans un échange de visites familiales, dans des sorties quotidiennes, dans les lieux de réunion de nourrices et d'enfants ?

Joseph Frank a remarqué aussi que la coqueluche est à son maximum de fréquence d'un à sept ans, et il lui avait semblé que le contage passait plus aisément des plus âgés aux plus jeunes que de ceux-ci à ceux-là. On peut admettre une différence dans l'énergie du poison, suivant la période de l'affection, par exemple, mais non pas suivant l'âge des individus : si les atteintes sont moins communes dans la deuxième enfance et dans la puberté ; si les *adultes* semblent encore plus épargnés, et si les *vieillards* le sont presque constamment, la décroissance des infectés vient de ce que les occasions de contage sont de moins en moins nombreuses ; les adultes savent les éviter, et les vieillards, qui en ont une frayeur salutaire, les fuient avec empressement et persévérance (1). Le mal pourtant (je l'ai constaté plusieurs fois) atteint les père et mère et les grands parents, qui s'y exposent en soignant leur progéniture : le plus vieux grand-père que j'aie vu contracter ainsi la coqueluche avait soixante-seize ans (2). Une vieillesse très avancée n'en préserve point, puisque Todd l'aurait observée simultanément dans un ménage d'octogénaires qui guérirent (la femme avait soixante-douze ans et le mari quatre-vingts) (3).

De plusieurs statistiques on pourrait inférer (et c'est la conclusion erronée de quelques auteurs) que les filles sont plus prédisposées à la coqueluche que les garçons, comme s'il pouvait y avoir dans le *sexe* ou l'âge une prédisposition aux maladies contagieuses ! Blache a compté 69 filles contre 61 garçons ; West, 55 contre 44 ; Bouchut, 21 contre 11 ; Constant, un tiers en sus pour les filles. Mais la statistique de Rosen, qui porte sur le nombre considérable de 43,393 coquelucheux, fournit un résultat inverse, puisque le chiffre des filles est de 21,543 et que celui des garçons s'élève à 21,850, c'est-à-dire à 307 de plus ; et même, en réunissant tous les nombres partiels, le total des garçons reste supérieur (résultat numérique contraire aux assertions de Blache, Rilliet et Barthez, etc.). Joseph Frank a non-seulement admis que les femmes étaient plus souvent atteintes ; mais, renchérissant sur cette erreur, il a prétendu qu'elles l'étaient surtout pen-

(1) Blache m'avait conté l'histoire d'un vieux pair de France, chevalier de Saint-Louis, qui avait contracté une forte coqueluche de son petit-fils, et qui, visiteur assidu de la buvette de la Chambre, en éloignait, par ses quintes, ses collègues effrayés.

(2) J'ai soigné l'enfant d'un bijoutier, qui communiqua la coqueluche à ses deux grands parents, chez lesquels il avait été transporté pour la préservation de la mère en couches et du nouveau-né. — J'ai vu aussi une grand'mère contracter la maladie du fils d'une de ses amies et l'importer au domicile de son gendre (un ministre du second empire), qui fut pris, ainsi que sa femme et son petit-fils.

(3) Heberden dit avoir vu des vieillards, âgés de soixante-dix et quatre-vingts ans, en être atteints.

dant la grossesse et le temps des couches. Les pathologistes qui ont considéré la coqueluche comme une pure névrose, se sont appuyés sur cette prédominance de la maladie dans le *sexe féminin,* mais ils se trompent deux fois, car cette donnée statistique n'est pas plus vraie que ne l'est le classement nosologique de la pyrexie dans les névroses.

Nous contesterons de même l'influence des *tempéraments* sur le développement de la coqueluche : la maladie serait plus fréquente chez les enfants faibles, délicats, grêles, d'après Desruelles, Rilliet et Barthez; chez les sujets lymphatiques ou nerveux et irritables (suivant Marcus, Bouchut); Marcus ajoute que si l'affection est plus commune dans le premier âge, c'est qu'alors l'état lymphatique des tissus est plus marqué. D'après Rilliet et Barthez les lymphatiques « exubérants » sont assez rarement pris, et « il est rare de voir la coqueluche sur un bel enfant sanguin » (les beaux enfants sanguins ne sont pas eux-mêmes très communs). Il me suffira, pour infirmer ces allégations, qui d'ailleurs se contredisent, de faire remarquer qu'ici encore la contagion, avec ses hasards infinis, a une action supérieure; et la contagion, puissance mystérieuse dont les effets seuls nous sont connus, est profondément indifférente aux tempéraments comme à l'âge, au sexe et aux conditions quelconques de ses victimes.

Les auteurs ne sont pas plus d'accord sur l'influence des *conditions hygiéniques* telles que la *température* froide ou chaude, les *climats* du Nord ou du Midi, etc. J'ai cité le passage de Laennec où il dit que le refroidissement est la seule cause manifeste de la coqueluche; pour Joseph Frank, la maladie se montre parfois quand des journées très chaudes succèdent à des jours froids et humides. Il est démontré, suivant Penada, que « la toux convulsive est moins fréquente, moins forte et moins redoutable dans les régions septentrionales, que sur des plages plus douces, le midi de la France ou de l'Italie; » et inversement, d'après Watt, elle serait plus commune et plus grave dans le Nord; Ozanam assure, de son côté, qu'on ne l'aurait jamais rencontrée sous les tropiques et dans la zone torride.

Relativement aux *saisons*, on compterait, d'après Rilliet et Barthez, plus d'épidémies au printemps, et plus par les vents d'est et du nord, suivant Joseph Frank; nous croyons, au contraire, en avoir vu davantage en automne. Plusieurs fois, j'ai été frappé de revoir, fin d'octobre ou novembre, avec la coqueluche, de petits clients qui, après plusieurs mois à la campagne, rapportaient la maladie : « elle régnait dans le pays, » me disaient les mamans. . . . .

Aucun rapport étiologique évident n'existe entre les circonstances atmosphériques ou climatologiques et la coqueluche; et même, soit qu'on accepte comme parfaitement prouvé que les épidémies se montrent le plus souvent à leur maximum pendant les froids, soit qu'on suppose le fait inverse de leur prédominance durant les chaleurs, il ne faut pas conclure que la température ait une action directe sur les miasmes infectieux, et qu'elle en accroisse ou diminue l'énergie; si cet effet paraît se produire, c'est plutôt, suivant nous, qu'elle a multiplié ou restreint les chances de contage par l'agglomération ou la dissémination des individus selon les saisons différentes.

C'est justement parce que ces chances sont multiples dans les familles nombreuses et pauvres, dans les habitations étroites et malsaines, qu'on a pu donner la *pauvreté* et l'*encombrement* comme des causes de coqueluche. Bien certainement ces conditions ne créent pas la maladie qui n'épargne pas les riches, qui s'introduit dans les plus vastes et les plus luxueuses demeures comme dans les plus misérables logis, qui pénètre dans les pensionnats les plus aristocratiques comme dans les plus humbles écoles (*parcit nec divitibus nec pauperibus*); mais certainement aussi elles aident à ses progrès, à son accroissement par voie de contagion

Que les *émotions morales* puissent provoquer une quinte chez un coquelucheux, c'est un fait d'observation quotidienne; mais on s'étonne de lire dans Joseph Frank que le développement de la coqueluche est favorisé par les affections morales tristes (ainsi que par l'impression du froid sur le corps en transpiration), et l'étonnement augmente quand on trouve cette phrase à l'appui : « On ne saurait se figurer, si l'on n'en avait l'expérience, combien le chagrin et la crainte exercent une grande influence sur le corps des enfants. »

L'opinion de certains auteurs qui ont prétendu que la coqueluche pouvait se développer par *imitation* est encore moins fondée. Koreff a rapporté l'histoire d'un petit garçon dont les quintes, survenues sans bronchite préalable, disparaissaient quand on l'éloignait de son frère coquelucheux, et reparaissaient lorsqu'il était remis en rapport avec lui. Mais je rappellerai que Koreff (que j'ai connu il y a près de quarante ans) était un médecin prussien, de savoir douteux et de probité scientifique plus qu'équivoque.

J'ai observé un fait analogue à celui qu'a raconté le docteur allemand, mais j'en jugeai tout autrement :

Obs. V. — Je soignais un petit garçon affecté de coqueluche; un matin, pendant que je le visitais, son frère aîné (jadis coquelucheux) se mit à tousser en quintes, sans avoir présenté d'abord le moindre catarrhe. Ces quintes très marquées pendant ma visite, cessaient après mon départ pour reprendre à mon retour. Ce manège continua environ une semaine, et l'enfant avoua à la fin que cette *toux par imitation* n'était qu'une *toux simulée :* voyant que son frère malade était comblé de soins et de joujoux et gâté plus que d'ordinaire, il avait compris les avantages de la maladie auprès de parents trop faibles, et il avait inventé une récidive de coqueluche qui se trouva guérie dès qu'il fut assuré du succès de sa comédie enfantine.

Et maintenant que ce fait instruise les théoriciens qui seraient tentés de croire à la *coqueluche par imitation !* Pour les praticiens experts en pathologie infantile, toute névrose dite par imitation est une névrose par *simulation.*

Il n'en est pas de la coqueluche comme de certaines maladies qui sont souvent secondaires et déterminées par des *causes pathologiques;* toujours primitive, au même titre que les affections spécifiques, elle n'est jamais la conséquence d'un état morbide antécédent. Les auteurs du *Compendium* (qui, pour les maladies spéciales, ne pouvaient faire qu'une œuvre de compilation) ont signalé parmi les causes prédisposantes de la coqueluche la gingivite de la dentition, l'angine, la bronchite, les tubercules, avec aussi peu de fondement qu'ils avaient mentionné l'habitation dans les lieux humides situés dans le voisinage des marais, sur les bords des rivières, et la nourriture insuffisante ou malsaine; « il serait intéressant pour l'étiologie (disent-ils) de pouvoir décider dans quelle mesure chacune de ces causes agit, mais on manque d'observations à cet égard. » Loin de manquer, les faits abondent, et ils démontrent la nullité des influences ci-dessus alléguées et énoncées pêle-mêle.

Quelques pathologistes ont admis une relation causale entre la coqueluche et la *rougeole* surtout, et ils ont avancé que la première pouvait procéder de la seconde; mais il n'y a point là de filiation morbide : s'il n'est pas rare, en effet, de constater sur un même enfant l'existence simultanée ou successive des deux maladies (j'ai vu aussi souvent la rougeole venir soit avant, soit après), il y a simplement, dans ces faits, coïncidence et non pas connexité. A Paris, la coqueluche et la rougeole sont en permanence, et, presque tous les ans, l'une et l'autre règnent à l'état épidémique (on peut s'en assurer en consultant les tableaux hebdomadaires de la mortalité) : qu'y a-t-il d'extraordinaire à ce que d'assez nombreux cas de coque-

luche (dont la durée est si longue, de plusieurs mois au minimum) s'entent sur la rougeole et réciproquement? Les deux épidémies, loin d'être antagonistes, se mêlent et se confondent, et il peut en résulter le cumul de différents contages dans un même organisme; ce cumul est purement fortuit, et la rencontre des deux maladies ne nous paraît point, comme à Rilliet et à Barthez, due en partie à l'identité de leur nature......

Que prouvent en définitive les faits précités, qui sont relatifs à la géographie médicale? c'est que la coqueluche a été vue épidémiquement dans toutes les contrées du globe où l'observation médicale a pénétré; elle a sévi et continue ses ravages, dans tous les climats et sur toutes les races; il semble même qu'elle ait pris beaucoup d'extension dans notre siècle, et que les retours des épidémies soient partout plus rapprochés. On a pu constater l'importation de la maladie et parfois même préciser la date, sinon le mode de cette importation, alors qu'il s'agissait d'îles nouvellement abordées ou habitées par les Européens.

Il est incontestable qu'aucun pays connu n'est réfractaire à la coqueluche; qu'elle se propage universellement par contagion, et que le contage égale en activité les autres poisons morbides, celui de la variole ou de la rougeole. Mais quant à la question de l'existence antécédente de la coqueluche dans ces mêmes contrées où l'on a pu plus tard en constater l'introduction; quant à celle de son origine autochthone et de son progrès indépendants d'un agent infectieux extérieur, c'est revenir au problème insoluble de son éclosion première et de sa *spontanéité*. Tenons-nous-en aux notions positives; et l'un des faits les mieux démontrés par l'analyse des 416 épidémies de Hirsch, c'est qu'on n'a jamais vu la coqueluche naître spontanément dans un pays; on ne l'a jamais vue en sortir pour s'épandre au dehors et subsister, autrement que par des contagions successives.

A suivre.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

Actuellement, la vallée inférieure du Nil est entièrement envahie par l'épidémie, et les efforts des cordons sanitaires ont pour but de protéger, d'une part, la Haute-Egypte et, d'autre part, la ville d'Alexandrie. Un fait important et grave pour l'Europe est l'existence de cas sporadiques et de décès suspects dans les villes situées sur le canal de Suez : Ismaïlia, Suez et Port-Saïd, qu'on avait prématurément déclarées exemptes de toute contamination.

Au Caire, la violence de la maladie fait redouter des ravages aussi graves que ceux de l'épidémie de 1865 : les décès quotidiens varient entre 250 et 300, et les dépêches télégraphiques annoncent d'un jour à l'autre une mortalité plus élevée.

Le 19 juillet, on comptait 242 cholériques au Caire, où, dans le seul faubourg de Boulacq, ils atteignaient 200. En douze heures, les morts se sont élevés à 10 pour Zifta, 51 pour Chirbine-el-Kom, et 18 pour Chobar. Le nombre total des décès déclarés jeudi dernier est de 145 pour les villes de l'intérieur; mais les déclarations et les constatations médicales font le plus souvent défaut.

Le 20 juillet on signalait trois cas suspects à Ismaïlia et 252 décès, dont 19 d'Européens dans la ville du Caire. Les maisons de Boulacq devaient être évacuées, et les habitants logés dans les casernes. Les quartiers les moins insalubres étaient envahis et ceux de Babel-Charkieh, Esbekiech et Abdine sont maintenant des foyers actifs de contagion. D'ailleurs les conditions hygiéniques de la ville n'ont pas été améliorées. Les secours médicaux manquent aux indigènes. Une cause de contagion est la coutume des Arabes de se revêtir des habits de ceux qui viennent de succomber et d'enfouir les cadavres à fleur de terre. Actuellement ceux-ci sont enterrés sans bière ni linceul, deux heures environ après la mort. La canal Khaling, qui traverse la ville, est envasé par des boues fétides; des immondices encombrent les rues qui sont dépourvues d'égouts. Que peut-on espérer d'un tel défaut d'organisation sanitaire, en l'absence de ressources financières et avec l'obstacle qu'opposent les habitudes et les préjugés des indigènes?

Le 21 juillet le nombre des décès était de 381 au Caire; c'est le plus élevé des chiffres enregistrés depuis le début de l'épidémie actuelle. De plus, il y a eu 33 décès à Mansou-

rah, 17 à Samanoud, 26 à Mehallet-Kébir, 93 à Chirbine-el-Kom, 1 à Touk et 5 à Tantah. Enfin, d'après des bruits dont l'authenticité mériterait d'être vérifiée, on compterait plusieurs cas d'invasion à Alexandrie. D'après des renseignements venant d'une autre source, le nombre des décès serait encore plus élevé; il aurait atteint 417 le 21 juillet au Caire, 300 dans les petites villes et 10 à Alexandrie.

Le 22 juillet, à midi, on comptait déjà 170 décès au Caire depuis le matin, et le conseil sanitaire d'hygiène adressait un appel aux médecins européens qui veulent prendre du service en Egypte.

Le *Journal officiel* vient de publier un arrêté ministériel par lequel il est interdit d'introduire en France des chiffons par la voie d'Italie. A Londres, l'impassibilité anglaise est moins grande en présence des dangers auxquels les Iles-Britanniques sont exposées que quand il s'agit de prophylaxie internationale. Dans une conférence à laquelle ont pris part plusieurs membres du *Local government Board*, on a réclamé des autorités une surveillance plus grande de la pureté des eaux, de la propreté des réservoirs de distribution et de l'entretien des égouts. — C. E.

BIBLIOTHÈQUE

PARALYSIES TOXIQUES ET SYPHILIS CÉRÉBRALE, par M. le docteur LANCEREAUX. Paris, 1883. A. Delahaye et Lecrosnier.

A côté des paralysies organiques et fonctionnelles se placent les pertes de la motilité de cause toute différente, les paralysies toxiques, alcooliques, arsenicales, saturnines, absinthiques dont les caractères cliniques sont spéciaux. Elles sont symétriques, possèdent une sorte de préférence pour les muscles extenseurs des membres et s'accompagnent habituellement de troubles de la sensibilité: hypéralgésie, dysesthésies diverses et de troubles vaso-moteurs. Nul clinicien ne possédait une autorité plus grande et plus légitime que M. Lancereaux pour déterminer définitivement le signalement diagnostique de ces affections, établir leur individualité et fixer les indications thérapeutiques qu'elles motivent.

Dans la seconde partie du volume, l'auteur aborde la question très actuelle de la syphilis cérébrale, et s'élève contre la tendance qui fait « regarder comme spécifiques la « plupart des manifestations morbides, celles du système nerveux notamment, qui sur- « viennent chez les syphilitiques. » — Le traitement devient alors « une pierre de touche infaillible. » C'est avec intérêt qu'on lira ce chapitre dans lequel M. Lancereaux revendique pour la clinique, et pour la clinique seule, le droit et le devoir de reconnaître la nature des manifestations syphilitiques sans mettre le malade à l'épreuve du traitement spécifique.

De plus, la méthode qui consiste à classer les désordres spécifiques de l'encéphale d'après les symptômes n'est pas celle de M. Lancereaux. Il la considère comme moins préférable et moins scientifique que le groupement des encéphalopathies syphilitiques d'après les lésions anatomiques des tissus de l'encéphale. De là des méningites, des artérites et des encéphalites syphilitiques. Il serait donc illogique de parler comme on le fait de pseudo-ataxies et de pseudo-paralysies ayant cette origine, parce que ces dénominations indiquent des lésions nettement circonscrites et non pas des troubles diffus.

Cette critique du savant clinicien est sévère ; et il est des cas, croyons-nous, où on peut plaider les circonstances atténuantes en faveur du traitement spécifique d'épreuve. Ce dernier n'est pas sans quelques avantages que nous avons eu l'occasion de signaler à propos de malades du service de M. Tennesson (*Clinique méd. des hôpitaux*, février 1883). Est-il toujours le plus rationnel, le plus scientifique et le plus clinique ? Non, sans doute; néanmoins, il a son incontestable utilité pratique, alors que l'hésitation du diagnostic est légitime.

Œuvre d'un infatigable travailleur, écrites avec une ardeur de convictions dont les limites ne sont autres que la passion même de la vérité, ces leçons doivent être lues de tous ceux qui ne considèrent pas comme close la question des affections nerveuses toxiques ou spécifiques. — C. E.

ACADEMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 juillet. — Présidence de M. GUÉNIOT.

SOMMAIRE. — Suite de la discussion relative à l'inflammation du traumatisme sur les propathies. — Lecture : Observation de rupture de l'intestin grêle par coup de pied de cheval, laparotomie, péritonite, mort. — Présentation d'instrument : Nouvel aspirateur.

La discussion, un peu à bâtons rompus, qui a suivi le travail de M. Verneuil relatif à l'influence du traumatisme sur les propathies, et qui dure depuis deux ou trois mois avec des intermèdes plus ou moins longs, en prenant quelque peu la forme d'un dialogue entre M. Verneuil et M. Trélat, cette discussion, disons-nous, s'est terminée aujourd'hui par un troisième et dernier discours de M. Verneuil, suivi d'un échange d'explications des plus courtoises entre les deux éminents contradicteurs.

« Je monte à cette tribune pour la troisième fois, a dit M. Verneuil dans son exorde, à cause de l'importance des questions soulevées, de ma ténacité bien connue quand il s'agit de soutenir ce que je crois être la vérité, et aussi parce que, ayant eu la bonne fortune de faire descendre dans l'arène des contradicteurs éminents, je veux tâcher de les convertir à mes idées. »

C'est à M. Trélat que M. Verneuil s'attache à répondre, en bornant toutefois son argumentation à la question de l'influence du traumatisme sur la tuberculose, M. Trélat, dans son second discours ayant déclaré qu'il partageait la manière de voir de M. Verneuil sur plusieurs points très importants, tels que les cancers viscéraux, les affections rénales et hépatiques, le diabète, etc.

M. Trélat ne veut pas que l'on prenne la tuberculose comme exemple, pour prouver qu'un trauma est susceptible par lui-même d'aggraver une diathèse ou de déterminer telle ou telle de ses manifestations; il ne le veut pas, parce que, dit-il, l'aggravation de la tuberculose notée chez les tuberculeux blessés n'est pas due au traumatisme, attendu qu'elle aurait pu se produire sans lui.

Mais, répond M. Verneuil, ce raisonnement s'applique également aux propathies que le traumatisme aggrave incontestablement aux yeux de M. Trélat, telles que le cancer, l'albuminurie, les cardiopathies, etc.

Aux faits cités par M. Verneuil, de méningite tuberculeuse survenant à la suite d'opérations variées, graves ou légères, M. Trélat objecte que la tuberculose marche par étapes séparées par des temps d'arrêt plus ou moins longs, que, par conséquent, si la méningite s'est déclarée après une résection, une ouverture d'abcès, une simple ponction, un faux pas, tous ces traumas n'y ont été pour rien; il s'agissait simplement de la marche naturelle de la maladie.

Les blessés ont été victimes d'une de ces poussées que l'on rencontre habituellement chez les tuberculeux et qui auraient pu se produire sur des malades non blessés; on pourrait, à la rigueur, accorder que le traumatisme a compromis quelque peu l'état des malades et ajoute un nouveau fardeau à celui que leurs épaules ne pouvaient déjà plus porter, mais on ne saurait aller au delà.

M. Verneuil s'empare de cette dernière phrase de M. Trélat comme d'une concession qui lui est faite par son contradicteur; M. Trélat reconnaît du moins que le traumatisme, chez les tuberculeux, a été la goutte d'eau qui a fait déborder le vase.

M. Verneuil se défend vivement de vouloir pousser sa doctrine jusqu'à cette exagération de prétendre proscrire toute opération chez des tuberculeux, par crainte de la méningite tuberculeuse. Mais on ne saurait, suivant lui, soutenir, sans une exagération en sens opposé, que le traumatisme n'exerce aucune influence nocive sur les manifestations de la diathèse tuberculeuse. Des faits nombreux démontrent que non seulement la méningite tuberculeuse, mais encore la phthisie aiguë, la tuberculose miliaire, la pleurésie tuberculeuse à marche rapide, la pneumonie caséeuse, etc., peuvent être la suite évidente d'un traumatisme léger ou grave; il a vu de tels accidents se produire à la suite d'une résection de l'épaule, d'une amputation de la jambe, d'une opération de fistule à l'anus.

Au sujet des conséquences fâcheuses de cette dernière opération dans deux cas de tuberculose pulmonaire où il a eu l'occasion de la pratiquer, M. Verneuil déclare qu'après ces deux faits il a bien compris la répugnance des vieux chirurgiens pour l'opération de la fistule anale chez les tuberculeux. Il rappelle également que bien des chirurgiens ont protesté contre les amputations pratiquées chez les phthisiques et contre la castration en

cas de tuberculose génitale, accusant ces opérations non seulement d'être insuffisantes, mais encore d'accélérer la marche de la diathèse.

M. Verneuil cite plusieurs exemples empruntés à divers auteurs d'aggravation des accidents thoraciques à la suite d'opérations légères chez des tuberculeux : 1° dans un cas, cité par Demarquay, d'un enfant de 10 ans, atteint de tumeur blanche du genou et qui, à la suite d'une ponction avec injection iodée, puis du redressement du membre, fut enlevé en quarante-huit heures par une pleuro-pneumonie; à l'autopsie, on trouva les poumons farcis de tubercules; 2° dans un autre cas, communiqué par M. Tuffier, aide d'anatomie de la Faculté, l'apparition des accidents thoraciques a succédé à l'application de simples pointes de feu.

On trouve, dans le tome IV des *Archives de Langenbeck,* une statistique de 119 amputations ou résections à la suite desquelles il y a eu 30 décès: sur ces 30 décès, on voit que 7 fois au moins (23 p. 100) la tuberculose aiguë a amené certainement la mort.

Dans la thèse de M. Charles Leroux, déjà citée avec éloge par M. Verneuil, il est dit que, dans la moitié des cas d'amputation ou de résection pratiquées chez des tuberculeux, la maladie générale a été aggravée. M. Berger a déclaré, au cours de cette discussion, qu'il n'a guère eu à se louer d'avoir amputé des phthisiques. MM. Périer, Marchand, Maunoury (de Chartres) ont cité des observations de tuberculose aggravées par le traumatisme opératoire.

De sorte que si l'on voulait, dit M. Verneuil, dresser la liste des propathies communément aggravées par le traumatisme, on pourrait mettre presque au premier rang la tuberculose pulmonaire, tant elle répercute aisément les chocs opératoires.

L'accouchement peut passer pour une forme grave du traumatisme. Or, on sait, et M. Trélat tout le premier, ce que pensent les accoucheurs de l'action de l'accouchement sur la marche de la phthisie pulmonaire.

On sait également, par les observations des médecins qui ont eu l'occasion de pratiquer l'empyème dans les cas de pleurésie tuberculeuse, que cette opération abrège la vie des malades d'une façon presque constante.

Revenant à la méningite tuberculeuse, M. Verneuil affirme que, chez les sujets prédisposés naturellement, c'est-à-dire chez les scrofuleux, tuberculeux virtuels pour le moins, le traumatisme peut provoquer l'explosion imprévue et prématurée de cette maladie.

M. Verneuil cite des exemples de ce genre empruntés soit à sa propre pratique, soit à celle d'un certain nombre de ses collègues, ou encore à celle d'autres médecins français ou étrangers: MM. Marchand, Reclus, Dubreuil, Dumontpallier, Cadet de Gassicourt; Laffitte (de Montpellier); Esmarck, Volkmann, Neumeister, Kœnry, Riedenger, Von Wahl, etc. Il ajoute qu'il a pu recueillir ainsi plus de 30 exemples nouveaux en quelques jours. Il trouve ce nombre très insuffisant et fait un appel pressant à tous ceux qui pourraient enrichir ce contingent.

On pourra sans doute objecter qu'il n'y a eu entre l'opération et l'apparition des accidents cérébraux qu'une simple coïncidence, un pur effet du hasard, une terminaison fortuite bien facile à comprendre, d'ailleurs, puisque la tuberculose cérébrale est une des localisations favorites de la diathèse tuberculeuse.

On pourra s'appuyer sur l'opinion de M. Marjolin, lequel déclare avoir vu mourir de méningite tuberculeuse beaucoup de coxalgiques, mais n'avoir point remarqué que cette terminaison fût plus commune à la suite des redressements articulaires violents qu'après le simple placement dans la gouttière.

On pourra dire que, lorsqu'un malade est en quelque sorte imprégné de tubercules *a capite ad calcem,* et par conséquent menacé sans cesse de méningite aussi bien que de granulie, rien n'empêche la méningite d'éclater juste quelques jours après une opération, comme elle aurait pu surgir quelques jours avant; on pourra donc, en conséquence, nier la dépendance étiologique, la relation de cause à effet.

A ces arguments, M. Verneuil répond qu'il admet d'abord la possibilité d'une simple coïncidence. Il reconnaît encore l'indépendance des phénomènes lorsqu'un temps assez long, trois mois, par exemple, se sont écoulés entre le trauma et le début de l'encéphalopathie. Mais la corrélation s'impose en quelque sorte quand l'intervalle compris entre l'acte chirurgical et la complication morbide est fort court.

M. Verneuil consent à mettre de côté les cas dans lesquels la mort est survenue de 40 à 60 jours après l'opération, bien qu'on mette en moyenne une quinzaine de jours à mourir de méningite, ce qui rapprocherait l'invasion du mal du moment de la blessure. Il élimine aussi les cas où existaient déjà, au moment du trauma, de gros tubercules cérébraux et il ne réserve pour sa démonstration que 14 faits où les dates sont suffisamment indiquées.

M. Lannelongue opère trois fois; les accidents méningitiques éclatent le 9e, le 17e, le

24e jour. M. Macewen les constate le 11e, M. Terrier le 12e, M. Auger le 15e, M. Howse le 19e. Les faits de M. Cadet de Gassicourt ne sont pas moins concluants puisque l'invasion cérébrale se fait aux 8e, 12e et 21e jours.

La malade de M. Esmarch meurt le 10e jour, ce qui implique également une apparition précoce de la méningite.

Est-il possible de nier ici l'action provocatrice du traumatisme et de ne voir dans ces faits qu'une coïncidence ?

Pour M. Verneuil, la dépendance étiologique, la relation intime de cause à effet n'est point douteuse. Il croit à deux modes ou processus pathogéniques :

1° En cas de lésions viscérales préexistantes, mais latentes ou assoupies, la surexcitation générale provoquée dans l'économie par le traumatisme porte spécialement son action sur le point taré, sur le *lieu de moindre résistance.*

2° En cas de foyer tuberculeux unique encore, mais irrité directement par la blessure ou l'acte opératoire, M. Verneuil croit à une auto-inoculation, à une pénétration directe de l'agent tuberculeux soit dans les lymphatiques, soit dans les veines, ce qui expliquerait l'apparition soudaine et générale de la granulie envahissant en quelques jours plusieurs points de l'organisme.

Cette auto-inoculation, analogue à ceux de la septicémie, serait bien près d'être démontrée, suivant M. Verneuil. Deux jeunes gens agrégés des plus distingués, MM. Bouilly et Debove, préparent un travail destiné à mettre en lumière le processus en question. Cette seconde hypothèse rendrait compte de ces cas surprenants dans lesquels on voit se développer une tuberculose miliaire généralisée et à marche très rapide, chez des sujets qui, la lésion locale exceptée, présentaient toutes les apparences d'une bonne santé, et, en tout cas, n'offraient pas le moindre indice de tuberculose viscérale.

L'introduction directe des germes tuberculeux dans le système vasculaire sanguin supprimerait le temps d'incubation et permettrait la prolifération abondante et immédiate des bacilles envahisseurs.

On est conduit à la même opinion en examinant la nature des blessures qui ont précédé l'explosion de la méningite. On trouve en nombre à peu près égal de graves opérations comme les résections, puis les râclages d'abcès fort à la mode à notre époque, puis des cautérisations au fer rouge ou de simples ponctions, et, enfin, de simples redressements articulaires sans production de trauma exposé. Ces opérations sont à coup sûr bien différentes par leur siège, leur étendue, leur gravité intrinsèque et l'ébranlement qu'elles peuvent déterminer dans l'économie, mais elles ont un caractère commun bien important ; toutes portent sur des foyers morbides préexistants renfermant de la matière tuberculeuse, toutes, par conséquent, ont pu favoriser la pénétration de leur matière dans le torrent circulatoire.

Quoi qu'il en soit du bien fondé de ces hypothèses que M. Verneuil ne donne que sous réserve de confirmation ultérieure par des faits de plus en plus nombreux, le point essentiel où il veut en venir, le but qu'il cherche à atteindre, c'est de mettre les jeunes chirurgiens en défiance contre les opérations chez les tuberculeux, parce qu'elles sont rarement curatives et parce qu'elles peuvent faire apparaître des accidents redoutables.

M. Verneuil, en posant en principe l'influence souvent aggravante du traumatisme sur la marche de la tuberculose, n'entend pas le moins du monde, comme paraît le supposer M. Trélat, interdire pour cela toute opération chez les scrofuleux. Il n'hésite pas plus à opérer, quand il le faut, un tuberculeux par crainte de la méningite tuberculeuse, que de pratiquer des opérations sur d'autres malades par crainte de la pyohémie, de l'érysipèle ou du tétanos.

Suivant M. Trélat, s'il était démontré qu'une seule opération ait pu produire une méningite tuberculeuse, aucun chirurgien n'oserait affronter une opération chez les tuberculeux.

Or, pour M. Verneuil, cette démonstration est faite, ce qui ne l'empêchera pas, dès demain, d'opérer les tuberculeux qui en auront *réellement* besoin. Toutefois, avant de monter à l'amphithéâtre, en regard des bienfaits demandés à l'intervention, il récapitulerait les risques que le traumatisme fait encourir. Il n'oublierait ni les aggravations pulmonaires, ni la tuberculose miliaire généralisée, ni surtout l'inexorable méningite tuberculeuse.

M. Trélat dit qu'il ne veut pas prolonger davantage une discussion qui dure déjà depuis plusieurs mois et qui lui paraît désormais épuisée. Tout ce qu'il y a d'essentiel dans les questions soulevées par M. Verneuil lui semble avoir été dit. Cependant il croit devoir faire une courte réponse au nouveau discours de M. Verneuil et d'abord rappeler en le soulignant ce qu'il a eu l'occasion de dire au cours de la discussion. Lorsqu'on est

en présence d'un tuberculeux auquel il y a lieu de pratiquer une opération pour une manifestation externe de la tuberculose, il importe de s'enquérir si le malade souffre plus ou moins de sa tuberculose viscérale que de sa tuberculose externe; dans le premier cas, il ne faut pas toucher à la lésion locale; dans le second le chirurgien peut, suivant les circonstances et dans des conditions dont l'appréciation est souvent difficile et délicate, intervenir ou s'abstenir.

M. Trélat déclare qu'il est complètement d'accord avec M. Verneuil dans la pratique; il ne diffère de son collègue que dans une question de doctrine; M. Verneuil dit qu'il faut se défier des opérations chez les tuberculeux, parce que l'opération aggrave la tuberculose et en précipite la marche; M. Trélat pense qu'il faut se défier des opérations chez les tuberculeux, parce que ces malades sont constamment placés sous l'imminence d'accidents soudains, qui déconcertent toute prévision et font échouer les opérations les mieux ordonnées. Pour M. Verneuil c'est le traumatisme qui aggrave la maladie; pour M. Trélat c'est la maladie qui, après l'opération, frappe un nouveau coup, sans que l'opération puisse être rendue responsable de l'accident. Au fond, le résultat est le même; tous les deux, dans la pratique, recommandent la défiance dans les opérations chez les tuberculeux; ils ne sont séparés que par l'épaisseur d'une nuance doctrinale. Entre la pratique des anciens chirurgiens, qui observaient trop l'abstention opératoire, et celle des contemporains, qui ne l'observent pas assez, il y a un juste milieu à garder. Mais, encore une fois, le chirurgien a besoin de toute sa pénétrante sagacité pour démêler, dans un cas donné, les indications et les contre-indications opératoires: pour voir, après un examen attentif et approfondi des conditions de l'état général et de l'état local du malade, dans quelle mesure cet organisme est capable de supporter le fardeau d'une opération, dans quelle proportion celle-ci pourra être utile ou nuisible.

Sans nier que le traumatisme ne puisse avoir par lui-même sur un organisme déjà plus ou moins fortement ébranlé une action fâcheuse, M. Trélat ne saurait accepter dans la théorie de M. Verneuil cette sorte d'influence étrange, mystérieuse que M. Verneuil prête au traumatisme, et qui lui fait mettre sur le même plan une opération simple comme la ponction d'un abcès tuberculeux ou le redressement du genou et une opération grave comme une amputation ou une résection. Il y a là une telle distance entre l'effet et la cause que M. Trélat se refuse à voir le prétendu lien qui, suivant M. Verneuil, les unirait l'un à l'autre.

M. Després ne saurait souscrire à l'opinion de M. Trélat sur les difficultés du diagnostic des indications et des contre-indications opératoires chez les tuberculeux, et sur le pronostic des résultats de ces opérations. Suivant lui, un chirurgien qui a vingt ans de pratique ne peut jamais se tromper sur ce point. Toutes les fois que chez un malade à opérer on soupçonne une diathèse tuberculeuse, il faut s'enquérir des antécédents et si dans la famille du malade des accidents tuberculeux se sont produits, il convient de s'abstenir de toute intervention, car on perdrait infailliblement l'opéré.

Quant il s'agit d'opérer un tuberculeux atteint de fistule à l'anus, de tumeur blanche, il importe de l'examiner avec attention, de s'enquérir de ses digestions, de l'état de son pouls, de sa température, etc. S'il n'existe pas de fièvre, l'opération soulagera le malade; mais si les accès de fièvre vespérale se sont déjà manifestés, l'opération sera suivie d'une aggravation de la diathèse.

En résumé, il n'est pas difficile, suivant M. Després, d'établir le diagnostic et le pronostic d'une opération à faire chez un tuberculeux; avec un peu d'attention le chirurgien saura saisir l'indication opportune, et il ne devra intervenir que dans les cas où le malade n'a subi ni l'amaigrissement ni les autres symptômes de déchéance organique qu'entraîne l'évolution de la tuberculose.

M. Verneuil insiste sur la nécessité pour le chirurgien de se défier des opérations chez les tuberculeux; ceux-ci, en effet, se trouvent soumis à la fois aux accidents communs à toutes les opérations chirurgicales et à ceux qui naissent de la disposition naturelle à la diathèse tuberculeuse de s'aggraver sous l'influence du traumatisme. Quand on voit, d'une part, le grand nombre de malades en puissance de scrofule ou de tuberculose qui, à la suite d'une opération, subissent une évolution extrêmement rapide de leur diathèse; quand on voit, d'autre part, les merveilleux effets que produisent sur tant et tant de scrofuleux le séjour à la campagne ou aux bords de la mer, on se demande si le devoir du chirurgien n'est pas de s'abstenir dans le plus grand nombre des cas.

L'observation démontre que c'est surtout à la suite des opérations incomplètes, le grattage d'un abcès, une résection, etc., que se manifestent les accidents généraux, sans doute par une sorte d'auto-inoculation des lésions locales et par une infection consécutive à la blessure des foyers morbides; mieux vaut faire l'exérèse complète de la

partie malade, moins grave assurément que ces demi-opérations qui irritent le mal local et le transforment en foyer d'infection.

M. Verneuil n'est pas disposé, comme M. Trélat, à sacrifier la doctrine aux faits; tout en ayant pour les faits un grand respect, il attache une importance considérable aux doctrines qui en sont la généralisation.

M. Trélat persiste à dire, malgré les apparences, qu'il y a une beaucoup plus grande somme d'accord que de désaccord entre son opinion et celle de M. Verneuil. Comme M. Verneuil, il a grande confiance dans le traitement hygiénique, les bains de mer, l'iodure de potassium, etc., au point de vue de la guérison des manifestations externes de la scrofule et de la tuberculose, mais il pense que M. Verneuil va trop loin dans la prescription générale des opérations chez ces malades. C'est pour réagir contre ce qu'il croit être une exagération des tendances doctrinales de son collègue qu'il a cru devoir prendre la parole à diverses reprises dans cette discussion maintenant épuisée.

— M. le docteur Bouilly lit un travail relatif à une observation de rupture de l'intestin grêle par coup de pied de cheval; laparotomie; péritonite; mort. (Comm. MM. Delens, Reclus, Berger.)

— M. Lucas-Championnière présente, au nom de MM. Creuseau et Picot (de Bordeaux), un nouvel aspirateur. A. T.

JOURNAL DES JOURNAUX

De l'emploi des bains froids dans le traitement de l'érysipèle, par le docteur Archangelstig. — La température des bains variait de 24 à 20 degrés, ou de 28 à 27 degrés, suivant la constitution et l'âge des malades. Ils étaient employés chez tous ceux qui présentaient une élévation thermique de 38 degrés; leur durée variait entre dix et trente minutes, suivant l'intensité fébrile, et on les répétait deux ou trois fois par jour. La chute de la température oscillait entre 2 degrés 1/2 et 1/2 degré centigrade; mais la défervescence était plus rapide; elle survenait au bout de huit jours chez ces malades et seulement après treize jours chez ceux qui étaient soumis à la médication quinique. Le délire, la céphalagie firent défaut chez les premiers; chaque bain était suivi d'un sentiment de bien-être, mais ne modifiait pas la marche de l'érysipèle ou des abcès consécutifs. Le traitement local consistait seulement dans des onctions avec l'huile camphrée ou la pommade mercurielle. (*Mediz. pribov. h. morok How*, part. XXI; 1882.)

L. D.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 13 au 19 juillet 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 993. — Fièvre typhoïde, 34. — Variole, 6. — Rougeole, 28. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 32. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 52. — Phthisie pulmonaire, 190. — Autres tuberculoses, 15. — Autres affections générales, 59. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 40. — Bronchites aiguës, 17. — Pneumonie, 43. — Atrepsie des enfants élevés : au biberon, 109; au sein et mixte, 61; — inconnues, 8. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 70; circulatoire, 50; respiratoire, 41; digestif, 44; génito-urinaire, 20; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulat. et muscles, 7. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 10.

Résumé de la 29e semaine. — Le nombre des décès n'a atteint pendant la semaine dernière que 993, ce qui est un nombre exceptionnellement faible. Les chiffres des semaines précédentes qui, elles-mêmes présentaient peu de décès, étaient 1,030, — 1,024, — 1,042, — 1,074.

Les maladies épidémiques ne donnent lieu cette semaine à aucune observation importante. La Fièvre typhoïde paraît plutôt diminuer (34 décès au lieu de 39; — 87 admissions dans les hôpitaux au lieu de 127).

La Variole (6 décès) et la Scarlatine (3 décès) continuent à être rares. La Rougeole (28 décès) se maintient à l'état stationnaire. La Coqueluche n'a fourni que 10 décès pendant la semaine dernière. La Diphthérie et le Croup ont fourni 32 décès.

La Bronchite aiguë (17 décès au lieu de 27) et la Pneumonie (43 décès au lieu de 59) ont fait encore moins de victimes pendant cette semaine que pendant les précédentes. C'est exclusivement aux adultes et aux vieillards que l'abaissement de la mortalité

que nous observons depuis plusieurs semaines déjà a exclusivement profité. Les enfants n'y ont pris aucune part; leur chance de mort qui n'avait augmenté que peu pendant le mois de juin, vient de se relever subitement; ils ont fourni 250 décès pendant la semaine dernière. L'Athrepsie a surtout contribué à grossir ce chiffre; elle a fourni à elle seule le nombre exceptionnel de 178 décès.

L'aggravation de la mortalité des enfants pendant l'été, et l'abaissement de la mortalité des vieillards pendant la même période sont d'ailleurs des faits communément observés et conformes aux lois ordinaires de la statistique.

Le service de la statistique a reçu notification de 457 mariages. Les naissances vivantes ont été au nombre de 1,124 (567 garçons et 557 filles) dont 825 légitimes et 289 illégitimes. Parmi celles-ci 79 ont été reconnues immédiatement par l'un des parents. Le nombre des morts-nés ou morts avant l'inscription sur le registre des naissances a été de 94 dont 17 illégitimes.

Dr Jacques BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT DU 23 AU 28 JUILLET 1883.

Jeudi 26. — M. Gendron : Etude sur la pyléphlébite suppurative. (Président, M. Potain.)

M. Monnereau : Recherches expérimentales sur l'intoxication saturnine par la surface cutanée. (Président, M. Potain.)

M. Hamon : De la paralysie pseudo-hypertrophique. (Président, M. Charcot.)

M. Ertaud : De la malaxation de l'œil après la sclérotomie dans le glaucome. (Président, M. Panas.)

M. Sauvage-Allain : De l'extraction de la cataracte sénile. Méthode à lambeau périphérique sans iridectomie. (Président, M. Panas.)

M. Fontagny : De la forme méningitique de la fièvre typhoïde chez les enfants. (Président, M. Peter.)

M. Dubousquet-Laborderie : Considérations à l'appui d'une des variétés étiologiques de l'hématocèle utérine. (Président, M. Fournier.)

M. Couzon : Contribution à l'étude de la kératite interstitielle dans la syphilis héréditaire et dans la syphilis acquise. (Président, M. Fournier.)

M. Maux : Contribution à l'étude des complications pulmonaires de l'albuminurie. (Président, M. Brouardel.)

M. Philip : Contribution à l'étude du béribéri chez les Annamites. (Président, M. Brouardel.)

M. Olive : De quelques considérations sur les causes de la mortalité des nourrissons. (Président, M. Brouardel.)

M. Sauve : Contribution à l'étude de l'action du chloroforme. (Président, M. Gosselin.)

M. Vandamme : L'occlusion intestinale. (Président, M. Le Fort.)

M. Rattel : De la médecine chez les encyclopédistes. (Président, M. Le Fort.)

M. Buot : Du pseudo-rhumatisme typhique. (Président, M. Hardy.)

M. Séguin : Contribution à l'étude de l'albuminurie transitoire des saturnins. (Président, M. Hardy.)

M. Godot : Erysipèle menstruel. (Président, M. Hardy.)

NÉCROLOGIE. — Nous recevons à l'instant de Brest une nouvelle foudroyante : le docteur Caradec, médecin de l'hospice civil, a succombé dimanche aux conséquences septicémiques d'une piqûre qu'il s'était faite en opérant un malade de l'hôpital. Il a été inhumé au milieu des démonstrations d'une émotion indescriptible. Amis de vieille date du père et du fils, nous envoyons à ce dernier l'expression de notre douloureuse sympathie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — *Ordre du jour* de la séance du vendredi 27 juillet : Suite de la discussion sur la réfrigération dans la fièvre typhoïde. — Communications diverses.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

BULLETIN

Une communication de M. Fauvel sur le choléra et une communication de M. Verneuil sur la non-consolidation des fractures chez les diabétiques ont défrayé la séance.

La communication de M. Fauvel répondait aux préoccupations actuelles concernant la possibilité de l'invasion d'une nouvelle épidémie de choléra asiatique, invasion dont nous sommes menacés depuis que le choléra s'est déclaré à Damiette, puis au Caire, enfin à Alexandrie, répandant ainsi rapidement ses ravages à l'Egypte tout entière. Cette contrée, ainsi que l'a dit M. Fauvel, est la barrière protectrice de l'Europe contre le fléau indien. L'Egypte envahie, rien ne garantit plus l'Europe contre les incursions de ce terrible visiteur, et l'on sait par expérience à quel chiffre se monte la carte à payer du Gargantua asiatique.

Depuis 1865, grâce à l'observation rigoureuse des mesures sanitaires proposées, sur l'initiative de M. Fauvel, notre représentant à la Conférence internationale de Constantinople, on avait réussi à empêcher le choléra de pénétrer en Egypte, et par conséquent de franchir la barrière protectrice de l'Europe.

Mais les Anglais ont changé tout cela; devenus seigneurs et maîtres de l'Egypte, ils ont tout aussitôt mis de côté les règlements sanitaires qui faisaient la garantie de l'Europe contre le choléra, mais qui gênaient les intérêts du commerce britannique, et le choléra n'a pas tardé à profiter de la bienveillante tolérance qui lui était ainsi laissée, et de la porte qui lui était ouverte par ses bons amis les Anglais.

M. Fauvel a montré par quelles doctrines commodes, contraires à l'observation des faits, et par quelle tactique obstructionniste, l'Angleterre et ses délégués aux Conseils sanitaires de Constantinople et d'Alexandrie, ont réussi à éluder leurs obligations internationales, et il a ainsi péremptoirement établi à qui incombe la lourde responsabilité devant le monde de l'invasion de l'Egypte par le choléra, et de ses suites redoutables pour l'Europe.

Suivant lui, toutefois, il ne faudrait pas, malgré tout, perdre toute espérance de voir l'Europe préservée, cette fois encore, de la visite de cet hôte malfaisant. Jetant un coup d'œil rapide sur la carte, il a montré les points faibles par où le choléra pouvait venir jusqu'à nous; la Syrie, Constantinople, l'Italie surtout, malgré les excellentes mesures de protection prises par son gouvernement, mal servi malheureusement par l'incurie invétérée de ses agents. La côte de France sera bien gardée et aucun danger n'est à craindre de ce côté; mais si l'Europe est pénétrée par un point, aucun obstacle ne peut plus désormais être opposé à la marche envahissante du fléau.

Toute la question, pour M. Fauvel, consiste pour la France et pour l'Europe, à se défendre énergiquement et efficacement pendant un mois ou six semaines, l'expérience ayant montré, à diverses reprises, que le choléra s'éteint d'autant plus rapidement que son invasion a été plus violente; or, d'après ce qui se passe aujourd'hui et d'après les résultats de l'expérience acquise, il est probable que la durée de l'épidémie d'Egypte ne dépassera pas ce laps de temps.

En 1865, le choléra passa en Egypte comme une trombe, pour ainsi dire,

ne donnant pas aux médecins, envoyés pour l'étudier, le temps d'arriver.

Espérons qu'il en sera de même de la Commission médicale désignée à cet effet et pour laquelle un crédit de cinquante mille francs vient d'être voté par notre Chambre des députés.

La communication de M. Fauvel a été accueillie par les applaudissements presque unanimes de l'Académie ; — rendons hommage à la haute expérience et à la grande autorité acquises par M. Fauvel en ce qui concerne principalement les questions d'étiologie et de prophylaxie du choléra. Nous disons *presque* unanimes, car une seule voix dissidente s'est fait entendre, celle de M. Jules Guérin; mais nous renvoyons nos lecteurs au compte rendu de la séance, où ils trouveront le résumé de la discussion intéressante qui a suivi la communication de M. Fauvel,

La séance s'est terminée par la lecture d'un travail de M. Verneuil sur la non-consolidation des fractures chez les diabétiques; ce travail est un nouveau chapitre des études de pathologie générale chirurgicale poursuivie avec tant de talent et de persévérance par l'éminent chirurgien. — A. T.

GYNÉCOLOGIE

MÉMOIRE

sur le

TRAITEMENT DE L'ENGORGEMENT DU COL UTÉRIN

PAR LES CAUTÉRISATIONS AVEC LE CAUSTIQUE FILHOS (1),

(CAUSTIQUE DE VIENNE SOLIDIFIÉ)

Par le docteur G. RICHELOT père,

Médecin inspecteur de l'établissement thermal du Mont-Dore.

RÉSUMÉ

Dans les observations qui précèdent, j'ai réuni, autant que possible, les détails nécessaires pour établir clairement le diagnostic, et pour donner une idée exacte et complète de l'état des malades, afin de mettre le lecteur à même de bien apprécier les effets du traitement local préconisé.

Quoique mon intention soit bien loin de tracer ici l'histoire pathologique de l'engorgement utérin, et que je me sois proposé spécialement de mettre en lumière les effets exceptionnellement salutaires des cautérisations avec le caustique Filhos dans le traitement de cet état morbide, il est cependant des détails, parmi ceux que j'ai dû relater, qui peut-être méritent d'être l'objet de quelques considérations.

I. — ETIOLOGIE

CAUSES ÉLOIGNÉES OU PRÉDISPOSANTES.

Et d'abord il n'est point sans intérêt, au point de vue pratique, de rechercher quelles sont les conditions organiques qui peuvent prédisposer de loin une femme à l'engorgement de l'utérus.

Il est à remarquer que presque toutes les femmes dont je viens de transcrire l'histoire médicale, douze sur seize, étaient lymphatiques, quelques-unes même à un très haut degré. Parmi ces douze malades, plusieurs étaient en outre anémiques, avaient le tempérament qu'on peut appeler lymphatico-nerveux, quelquefois une grande excitabilité nerveuse, et deux même étaient de constitution particulièrement débile, par exemple, celle de l'obs. VIII, mince et délicate de formes, restée très faible après une variole. Des quatre autres, une était créole, et, comme toutes les créoles, molle et indolente, une seconde, de tempérament bilieux et nerveux, avait

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 juillet.

eu une enfance très maladive; les deux dernières ne présentaient rien à noter sous le rapport du tempérament.

Aran avait fait la même remarque: « Presque toutes les femmes que nous avons eu à traiter, dit-il, offraient les attributs du tempérament lymphatique. » (*Leçons cliniques*, p. 101.) — Cependant, il n'attachait aucune importance à ce tempérament comme cause prédisposante aux maladies utérines, parce que le tempérament lymphatique est extrêmement répandu à Paris dans toutes les classes de la Société. Je ne saurais admettre cet argument, car sur les seize malades que j'ai citées, trois seulement étaient Parisiennes. Les autres appartenaient à des pays et à des climats très divers, l'ouest, le centre et le midi de la France, l'Italie, l'Amérique.

Je crois donc que, dans l'étude étiologique de l'engorgement utérin, on doit tenir compte de l'existence du tempérament lymphatique, qui d'ailleurs, comme le dit Aran avec raison, est « une prédisposition générale à un grand nombre d'affections. » Cette considération est importante; car, dans les suites de couche, pour les femmes lymphatiques, il y a lieu de prendre des précautions exceptionnelles.

Mais si Aran refuse au tempérament lymphatique toute influence comme cause prédisposante, il lui attribue pourtant une résistance et une durée plus grandes de la maladie, « ces cas interminables qui font le désespoir des médecins et des malades. » Il se glisse probablement là une question de thérapeutique. Je n'ai rien observé de semblable chez les malades que j'ai traitées par les cautérisations avec le caustique Filhos. La malade de l'obs. VII, qui était bien la plus lymphatique de toutes, est une de celles dont la guérison a été la plus prompte et la plus facile. Plusieurs circonstances influent sur la durée du traitement : l'ancienneté de la maladie, le degré d'induration du col engorgé, la profondeur variable des eschares produites et par conséquent la quantité plus ou moins grande de tissus malades détruite à chaque application du caustique, destruction qui doit, d'ailleurs, être dirigée avec beaucoup de prudence, etc., etc.

Mais ce n'est pas seulement dans la constitution générale qu'il faut chercher des causes prédisposantes à l'engorgement utérin, c'est aussi et surtout dans les organes sexuels eux-mêmes.

Chez beaucoup de femmes atteintes de maladie utérine, il est impossible de ne pas admettre une susceptibilité toute particulière de ces organes. Une pareille susceptibilité existait certainement chez la malade de l'obs. XIII, mariée si prématurément à 17 ans, après une enfance maladive. L'établissement tardif de la menstruation indique généralement un état anormal aussi bien local que constitutionnel; et lorsque, comme dans l'obs. VI, cet établissement a été précédé par des douleurs que la malade a signalées en leur donnant le nom de violentes coliques, on est en droit de penser que les organes de la génération ne sont pas dans une condition tout à fait physiologique. On peut en dire autant de l'irrégularité et de l'insuffisance plus ou moins fréquentes ou habituelles des règles (obs. V), de leur abondance anormale (obs. III). Dans l'obs. VII, la leucorrhée qui, avant le mariage, se produisait par la fatigue suppose une excitabilité et une faiblesse organiques locales.

Tous ces faits doivent être l'objet de l'attention et de la sollicitude des parents de la jeune fille qui va se marier et du médecin qui est le conseil de la famille.

Mais souvent la susceptibilité locale ne se révèle qu'après le mariage. Chez la malade de l'obs. XII, les tentatives de rapprochement conjugal ont produit constamment des souffrances exceptionnelles, qui déterminaient des crises de plusieurs semaines de durée, et qu'on ne peut expliquer, même en admettant une disproportion des organes, que par une susceptibilité originelle. Les cas analogues sont loin d'être rares. La jeune femme de l'obs. VII nous en offre un autre exemple. Peu de temps après son ma-

riage, constipation opiniâtre, douleurs atroces en urinant, coït douloureux au point d'arracher des larmes; puis, élancements sourds dans tout le bas-ventre, avec irradiation dans les reins et douleur à la pression sur la moitié gauche de l'abdomen; état de souffrance qui est resté sans traitement pendant quatre années ! Malheureusement, ainsi qu'on vient de le voir, le plus souvent ces cas ne sont l'objet d'aucun soin médical. On peut expliquer de la même façon ce qui est arrivé chez la malade de l'obs. IV, qui, n'ayant jamais eu de flueurs blanches avant son mariage, fut prise à cette époque de leucorrhée suivie d'amaigrissement.

Lorsque ces phénomènes morbides se manifestent, la raison et la prudence commandent de leur opposer dans le plus bref délai un traitement méthodique. La cause de l'inaction en pareil cas est, d'une part, la timidité absurde de la jeune femme, d'autre part, la négligence condamnable du mari.

CAUSES PROCHAINES OU DÉTERMINANTES.

Il y a peu de chose à dire ici des causes prochaines ou déterminantes de l'engorgement utérin. Elles sont trop connues généralement pour qu'il y ait lieu de s'y arrêter. Je ferai remarquer toutefois que chez toutes mes malades, à l'exception de deux, 14 sur 16, la maladie remontait à la parturition, par conséquent à une cause utérine, c'est-à-dire à une cause exclusivement locale. Ce fait, surtout si l'on tient compte de la nature anatomique de l'organe malade, donne l'idée de la nécessité d'un traitement local et explique l'inutilité des médications générales exclusives ou même associées à des moyens locaux insuffisamment énergiques.

Chez les malades citées nous voyons des grossesses douloureuses, maladives. La malade de l'obs. II avait éprouvé pendant sa grossesse des coliques qui ont persisté après l'accouchement. La malade de l'obs. I affirmait que son accouchement avait été naturel; cependant, à partir de cet accouchement elle avait été toujours souffrante, tourmentée par du malaise dans le bas-ventre et par de la leucorrhée. Ensuite, elle fut affligée de trois fausses couches. J'ai noté aussi des accouchements très douloureux, des fausses couches. Chez la malade de l'obs. III, femme très peu vigoureuse et probablement prédisposée, la matrice avait été fatiguée à son second accouchement par une présentation vicieuse et la version podalique, et cette fatigue avait dû empêcher une involution complète de la matrice. La malade de l'obs. VIII, de complexion si débile, avait eu trois couches et trois fausses couches; sa dernière couche s'était compliquée de crampes dans les membres inférieurs, et avait été suivie, selon toute apparence, de phlébite dans la jambe droite. Pour la jeune actrice de l'obs. XVI, il ne faut pas oublier les moyens violents employés pour faire revenir les règles au commencement de sa grossesse méconnue.

Pour compléter les renseignements fournis par les observations qui précèdent, nous pouvons ajouter aux causes liées au travail de la parturition, celles qui proviennent de l'oubli des précautions de l'hygiène la plus élémentaire : après un accouchement naturel, mais laborieux, un voyage intempestif, donnant lieu à une perte grave (obs. II); à la suite d'un accouchement long et douloureux, le défaut de soins et de repos, et la reprise prématurée et avec excès des relations sexuelles (obs. XI).

Dans tous ces cas, la cause déterminante de l'engorgement utérin a été une violence, soit naturelle ou plutôt pathologique, soit artificielle.

(A suivre.)

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

Le 22 juillet, on comptait : 323 décès cholériques dans les petites villes de l'intérieur, 65 à Chirbine-el-Kom, 5 à Samanhour, 7 à Zifta, 10 à Belcasse, 5 à Tantah, 5 à Chirbine, 10 à Harf-el-Hamzah, 1 à Benha, 46 à Mehallet-el-Kébir, 68 à Ghizeh et 427 au Caire, où le quartier Mousky, occupé par le commerce européen, est envahi.

Depuis huit jours, dans le seul faubourg de Boulacq, les morts sont au nombre de 1,337. Pendant que l'épidémie augmente rapidement de violence à Chirbine-el-Kom et Mehallet-Kébir, elle diminue à Damiette et à Mansourah.

Le 23 juillet, le nombre des décès cholériques a été de 463 au Caire, 95 à Ghizeh, 23 à Zifta, 16 à Tantah, 117 à Chirbine-el-Kom, 43 à Mehallet-el-Kébir, 2 à Benha, 2 à Ismaïlia et 1 à Suez. Ce dernier décès est celui d'un soldat de la garnison anglaise formée de troupes venant du Caire. Il est à craindre que ces troupes introduisent le choléra à Suez. De plus, on a constaté 328 cas mortels dans les petites villes de l'intérieur. A Alexandrie il y a eu 11 décès cholériques; mais dans cette ville la proportion des décès est de 1 à 3, c'est-à-dire inférieure à la mortalité des autres villes. Il faut noter qu'ici les médecins européens sont en nombre.

La moyenne Egypte est maintenant envahie jusqu'à Minieh, sa capitale, et dans cette contrée, le nombre des médecins est encore plus insuffisant que dans le Delta. Cependant les secours médicaux y sont bien incomplets; car à Chirbine-el-Kom, village où succombent chaque jour 80 à 100 habitants, il existe deux médecins arabes; mais ces derniers n'ont aucun médicament à leur disposition. Les comités européens font des efforts pour venir en aide à ces localités. A Mansourah, ils ont envoyé des médecins auxquels ils allouent des indemnités mensuelles de 2,500 à 3,000 francs. Enfin on attend à Suez l'arrivée de quarante médecins militaires de l'armée des Indes.

L'état sanitaire de l'armée anglaise ne s'améliore pas ; 8.7 p. 100 de l'effectif est malade, et un seul régiment d'infanterie, celui du duc de Cornwall, qui compte 806 hommes, a 116 malades, soit 14 p. 100. Au Caire, l'infanterie a quitté la ville ; elle est cantonnée à Fourah, sauf deux bataillons enfermés dans la citadelle et sans relations avec la ville. La cavalerie a quitté Ghizeh trop tard pour éviter la contagion. Dans le trajet de cet localité à Hellouan, sept hommes succombèrent et un grand nombre sont atteints de diarrhée chólériforme. Le 24 juillet, deux soldats anglais et un indigène sont morts à Suez où les régiments anglais sont logés sous la tente et dans des baraquements.

Le Conseil sanitaire d'Alexandrie soumet tout navire quittant ce port à l'obligation de la visite médicale de tous les passagers et de l'équipage. Cette mesure sera plus utile assurément au point de vue prophylactique que ces grands feux de goudron allumés chaque soir dans les rues du Caire sur l'ordre des autorités anglaises, aujourd'hui seules chargées d'administrer cette cité. — C. E.

JOURNAL DES JOURNAUX

EXTRAIT DU *British med. Journal.*

Deux cas de mort pendant l'administration des anesthésiques, par M. L. ABACINTIRE. — Le premier cas s'est produit pendant l'administration du chloroforme et au moment où on se préparait à pratiquer le taxis d'une hernie inguinale étranglée depuis soixante-quatre heures. L'aorte était athéromateuse et les reins granuleux. Des matières alimentaires, ressemblant à du lait coagulé, obstruaient l'ouverture de la glotte.

L'autre cas était celui d'une femme qu'on avait soumise aux inhalations d'un mélange composé d'une partie de chloroforme et de trois parties d'éther, dans le but de faciliter l'exploration d'une tumeur abdominale. A l'autopsie, on constata l'intégrité des voies circulatoires et l'absence de matières alimentaires dans les voies aériennes. Il existait de la bronchite et quelques tubercules au sommet du poumon droit.

De l'emploi des anesthésiques dans les accouchements, par Thomas SAWILL. — L'anesthésie obstétricale peut, comme on le sait, rendre d'utiles services, mais son emploi doit être judicieux. On doit l'éviter dans les cas de vomissements incoercibles, à moins d'intervention opératoire et de spasme utérin. On doit cesser les inhalations dès que la respiration perd de sa régularité et le pouls de sa fréquence. L'état graisseux et la dilatation du cœur sont des contre-indications formelles, ainsi que les adhérences péricardiques. De plus, dans ces cas, on doit prévenir le danger des hémorrhagies et de la syncope

post partum, par l'administration de l'ergot au moment où la tête se présente au périnée. A ce moment, d'ailleurs, quand on emploie les anesthésiques il est toujours indispensable d'en suspendre l'administration.

Hymen imperforé et persistant au moment de l'accouchement, par H. GREY EDWARDS. — Appelé seulement pendant le travail, M. Edwards fut surpris, au toucher vaginal, de sentir une barrière formant cloison dans le vagin. La dilacération en fut pratiquée avec le doigt. Ce fait présente donc un intérêt pratique et une certaine importante médico-légale.—

L. D.

Du traitement de la paralysie infantile, par le docteur Robert LEE. — Dans cette note, l'auteur appelle l'attention sur la valeur de la chaleur artificielle dans le traitement de la paralysie infantile. Il cite un cas grave dans lequel on fit usage jour et nuit de fomentations chaudes sur le membre malade. Le volume de ce membre devint bientôt égal à celui du membre sain, bien que la paralysie fût ancienne de huit années.

Le docteur Burlow, tout en appréciant la valeur de cette médication, a démontré que l'électro-thérapie et les mouvemements méthodiques volontaires ou provoqués donnent dans cette affection des résultats plus heureux encore. (*Journal of nervous and mental disease;* janvier 1883.)

Empoisonnement par le citrate de caféine, par le docteur ROUTH. — Dans cette communication à la Société médicale dc Londres (12 mars 1883), l'auteur fait remarquer que le malade ne présenta pas de convulsions ; mais seulement du tremblement musculaire. Il fut paralysé et l'inertie musculaire était telle qu'il fallait l'appui d'un aide pour le soutenir. Néanmoins ce malade a guéri. Dans cette discussion, plusieurs membres de la Société médicale ont signalé les bons effets de cet agent dans l'asthme et les affections du cœur ou du rein. (*The British med. Journ.*, p. 517, 17 mars 1883.) — L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 juillet 1883 — Présidence de M HARDY.

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire de M. Tollet sur l'influence du casernement des troupes sur le développement de la fièvre typhoïde.

2° Une note sur le traitement du choléra, par M. le docteur Boyaud (de Bricon).

3° Une note adressée par Mme Octaviani, sage-femme à l'Hôtel-Dieu d'Auxerre, sur trois cas de monstruosité.

—

M. FAUVEL fait une communication sur le choléra. Il se propose : 1° de faire un exposé succinct de la situation en Egypte ; 2° d'indiquer l'origine de l'épidémie ; 3° d'exposer les chances que l'Europe a d'en être préservée.

Suivant M. Fauvel, l'invasion du choléra en Egypte n'a pas été une surprise pour ceux qui étaient au courant de l'état des choses en ce pays depuis l'occupation anglaise. Pour sa part, il a exprimé en toute occasion la crainte de voir supprimer toutes les garantie instituées avec tant de peines contre l'importation du choléra.

Dans ces dernières années, l'esprit mercantile des autorités anglaises de l'Inde avait imaginé une doctrine commode pour éviter aux navires partant de l'Inde, où le choléra est endémique, les inconvénients d'une quarantaine à Suez : c'était de ne considérer comme dangereux les foyers endémiques de choléra que quand ils étaient le siège d'une épidémie.

Or, comme ces foyers endémiques ne sont jamais le théâtre d'une véritable épidémie, les autorités anglaises en profitaient pour délivrer constamment des patentes de santé nettes, c'est-à-dire ne faisant aucune mention du choléra.

M. Fauvel a vivement protesté contre cette doctrine contredite par les faits les plus patents. Il explique comment l'année dernière, malgré l'application des doctrines anglaises, deux fois, aux mois de juillet et d'août, l'Egypte a encore échappé à l'invasion du choléra. Il explique également la tactique à l'aide de laquelle le délégué anglais au Conseil sanitaire de Constantinople et d'Alexandrie réussit à paralyser à diverses

reprises les décisions de ces conseils relativement aux mesures à prendre contre l'invasion du choléra en Egypte.

Lorsque la nouvelle de l'apparition du choléra à Damiette se répandit, on put croire un instant qu'il ne s'agissait que d'une épidémie locale cholériforme due à des causes d'insalubrité, mais bientôt le caractère et la marche de la maladie ne laissèrent plus de doute sur sa nature. C'était le choléra asiatique avec son caractère envahissant. Bien plus, il fut permis de remonter à la source du mal et de reconnaître qu'il avait été importé par des marchands de Bombay venus pour une foire qui se tient à cette époque au voisinage de Damiette. On constata en outre qu'un chauffeur débarqué d'un navire anglais suspect s'était rendu à Damiette. Ainsi, selon toute vraisemblance, le choléra a été importé en Egypte par les provenances de Bombay.

On sait par les journaux quels développements l'épidémie a pris depuis le commencement de juillet, après des tentatives infructueuses pour en arrêter l'extension au moyen de cordons sanitaires, frappés eux-mêmes par la maladie, et comment le choléra a fait invasion au Caire vers le 14 juillet. On sait déjà avec quelle rapidité il s'y propage, mais on ignore encore dans quelles proportions, attendu que l'autorité anglaise, qui s'est emparée du service sanitaire, ne publie que ce qu'il lui convient de faire connaître.

Il est certain toutefois qu'au Caire l'épidémie prendra de grandes proportions, et que de ce foyer la maladie va s'étendre à toute l'Egypte.

Il n'est pas douteux qu'Alexandrie, où le choléra a décidément fait son apparition, ne soit bientôt généralement envahie, et alors commencera pour l'Europe la période de grand danger. C'est ici que se pose la question des chances que nous avons d'y échapper. M. Fauvel constate d'abord qu'aujourd'hui l'Europe est entièrement exempte du choléra asiatique qui règne en Egypte. La maladie ne s'est pas encore propagée hors de l'Egypte.

En 1865, la propagation fut très rapide; mais l'Europe n'était pas alors préparée à se défendre et elle fut envahie sur plusieurs points à la fois.

Aujourd'hui, il n'en est plus de même; l'Europe, avertie à temps, est préparée à se défendre par des moyens préventifs des plus énergiques.

On peut même dire qu'à certains égards ces moyens sont exagérés, et que, sous c rapport, l'Angleterre paie chèrement la faute qu'elle a commise en Egypte. Pour avoir voulu épargner certaines mesures de précaution à quelques-uns de ses navires venant de l'Inde, tout son commerce est rudement frappé. C'est une punition méritée qui lui aurait été épargnée si elle avait tenu compte des avertissements réitérés qui lui ont été donnés.

Les prescriptions quarantainaires sont plutôt exagérées qu'insuffisantes partout en Europe, et si l'on en jugeait par la sévérité de ces prescriptions on pourrait se croire parfaitement garanti de l'invasion du fléau. Malheureusement autre chose est la prescription, autre chose est l'exécution; et il est à craindre que celle-ci ne fasse défaut sur quelques points.

Le danger de l'invasion du choléra est en grande partie proportionné à la distance du point infecté. C'est ainsi que la Syrie, par sa proximité de l'Egypte, est le pays le plus menacé par les personnes provenant de l'Egypte. Il y a bien un grand lazaret à Beyrouth où les provenances d'Egypte sont reçues; le sultan vient d'organiser une croisière destinée à surveiller la côte; néanmoins, rien n'empêchera des fuyards montés sur des barques d'aborder en Syrie. Ce pays est donc le premier menacé. En revanche, il est possible d'y circonscrire le fléau, comme on l'a déjà fait plusieurs fois, de sorte que l'extension du choléra en Syrie ne compromettrait pas nécessairement l'Europe.

On ne pourrait pas en dire autant de Constantinople, si, malgré les barrières qui en défendent les approches, le choléra venait à y pénétrer. C'est en vain que la Russie, par ses quarantaines dans la mer Noire, que la Roumanie et la Bulgarie, celle-ci par des mesures où se trahit une intention politique, chercheraient à se garantir du fléau; celui-ci se ferait jour, malgré ces barrières plus apparentes que réelles dans ces pays où le terrain est tout préparé pour le recevoir.

La Grèce a réussi, depuis la guerre de Crimée, à se garantir des épidémies ultérieures; sa position quasi insulaire, ses relations commerciales limitées y favorisent les mesures d'isolement. Il est donc infiniment probable que la Grèce réussira encore cette fois à se préserver.

Dans la mer Adriatique et notamment à Trieste les garanties sont moins certaines, et il est à craindre qu'à raison des intérêts commerciaux prédominants, la mise à exécution des mesures prescrites à Trieste ne laisse beaucoup à désirer, c'est un des points faibles de la défense européenne.

L'Italie a édicté dernièrement les précautions les plus sévères contre les provenances

contaminées ; il est certain que le gouvernement fera tous ses efforts pour les faire exécuter. Mais les moyens d'action sont insuffisants, grâce aux habitudes invétérées des agents chargés de l'exécution, et comme la masse des fuyards se dirigera vers les ports de l'Italie, il est à craindre que ce pays ne devienne la porte d'entrée du choléra en Europe.

M. Fauvel laisse de côté l'Espagne qui se défend par des moyens exagérés, car la distance et le peu de relations avec l'Egypte constituent des garanties contre l'importation directe de la maladie. Quand au littoral français, les mesures qu'on y pratique depuis le début de l'épidémie, permettent d'affirmer qu'il y a bien peu de chances pour que le choléra pénètre en France de ce côté.

Mais il ne faut pas perdre de vue que cette barrière générale et puissante aujourd'hui n'aura plus qu'une efficacité restreinte le jour où le choléra aurait pénétré en Europe. Dès lors, aucun obstacle sérieux ne pourrait être opposé à sa marche envahissante, par suite des moyens de communication rapides qui unissent entre elles toutes les parties de l'Europe

Il ne resterait plus dans chaque pays qu'à se préparer à en diminuer les ravages par des mesures d'hygiène appropriées.

M. Fauvel ne partage pas la crainte exprimée par bien des gens que l'Angleterre, par le fait de son obstination à ne prendre chez elle aucune mesure de quarantaine contre les provenances des pays infestés, ne devienne, en ce moment, la voie d'introduction du choléra, qui se propagerait ensuite au continent.

L'Angleterre, en effet, est en relation constante avec des pays indiens où règne le choléra sans qu'il en soit jamais résulté aucune importation de la maladie.

La durée du voyage entre Port-Saïd et l'Angleterre n'est pas moindre de 14 jours pour ces paquebots rapides. Or, après 14 jours, sans accidents cholériques à bord, il n'y a plus aucune chance d'importation par les personnes, et comme le gouvernement anglais déclare qu'en cas de cargaison suspecte, il a ordonné des mesures de désinfection, presque tout danger est écarté de côté.

Peut-on affirmer qu'il y ait encore des chances sérieuses pour l'Europe d'échapper à l'épidémie qui la menace ?

M. Fauvel, en tenant compte des lois auxquelles sont soumises les épidémies de choléra, n'hésite pas à répondre par l'affirmative.

Une de ces lois est que plus une épidémie de choléra a une extension rapide et sévit avec violence dans un pays, plus sa durée est courte et son extinction rapide. Telle fut l'épidémie de 1865 en Egypte où les médecins envoyés d'Europe n'eurent pas le temps d'arriver pour y observer la maladie. Il est probable qu'il en sera de même de l'épidémie actuelle et que d'ici à un mois ou six semaines au plus, le choléra sera éteint en Egypte.

M. Fauvel n'irait pas jusqu'à dire qu'après ce temps tout danger aurait disparu pour l'Europe, car il y aura encore pendant quelque temps des cas retardataires et la désinfection du pays ne sera pas complète, mais le danger d'exportation sera considérablement diminué et la défense sera devenue plus facile.

Il est donc permis d'affirmer que si l'Europe continue à se bien défendre pendant un mois encore, elle aura des chances sérieuses pour échapper au choléra.

En résumé, dit M. Fauvel en terminant, l'épidémie de choléra asiatique qui sévit en Egypte aujourd'hui y a été importée de l'Inde.

Cette importation est la conséquence de la suppression des mesures préventives qui défendaient ce pays.

La responsabilité en revient tout entière à l'autorité anglaise venant à l'appui de sa doctrine mercantile imaginée dans l'Inde.

L'Europe, aujourd'hui, est grandement menacée de l'invasion du fléau, mais, grâce aux mesures défensives instituées de toutes parts, et à la probabilité que l'épidémie n'aura qu'une courte durée en Egypte, il y a espoir fondé que l'Europe ne sera pas envahie. (Applaudissements nombreux et prolongés.)

M. Jules Guérin croit devoir protester une fois de plus contre les opinions portées à la tribune de l'Académie par M. Fauvel. Malgré sa sympathie pour la personne, malgré sa tolérance pour des opinions qu'il ne partage pas, il ne saurait laisser passer sans protestation les trois conclusions du travail de M. Fauvel, savoir :

1° Que le choléra est importé de l'Inde en Europe ;

2° Que les cordons sanitaires sont le meilleur moyen de préservation des épidémies cholériques ;

3° Que l'Angleterre est un pays rétrograde qui, par son refus de se soumettre aux

prescriptions sanitaires, doit être rendu responsable du développement de l'épidémie actuelle.

M. Jules Guérin proteste, au nom de la science, de l'Académie et de l'humanité contre des conclusions qui, pour lui, sont contraires à l'observations des faits.

M. FAUVEL répond que M. Jules Guérin a déjà exposé plusieurs fois ses opinions sur l'étiologie du choléra. Il a soutenu dans maintes discussions que le choléra pouvait naître partout d'une manière spontanée. Or, cette doctrine a été démentie par les faits. Jamais une épidémie de choléra asiatique ne s'est développée spontanément en Europe, toujours elle y a été importée de l'Inde.

La doctrine de la contagion sur laquelle repose aujourd'hui toute la prophylaxie contre le choléra, cette doctrine n'est pas le fait de M. Fauvel seul; elle a été admise par tous les délégués de l'Europe à la Conférence sanitaire internationale de Constantinople.

M. Jules GUÉRIN ne nie pas la contagion du choléra; toutes les maladies pestilentielles sont contagieuses; il nie seulement que l'unique mode de développement de la maladie soit l'importation; elles ont une autre origine qui est l'éclosion spontanée. Dans toutes les épidémies, on a vu, à Paris, par exemple, des cas de choléra prétendu sporadique, se développer à la fois dans plusieurs quartiers et précéder la manifestation du choléra épidémique.

Du reste la doctrine de la contagion n'a pas toujours régné dans la science; il a été un temps, après l'épidémie de 1832, par exemple, où les partisans des idées contagionistes étaient en infime minorité; depuis lors, ces idées se sont propagées partout, contrairement aux faits les mieux observés.

M. J. ROCHARD demande que l'Académie fasse connaître son sentiment dans une question de cette importance, afin de ne pas laisser croire, par son silence, qu'elle partage à aucun degré l'opinion de M. Jules Guérin. Sur les 50 ou 60 membres qui assistent à la séance, un bien petit nombre, sans doute, s'associent aux idées de M. Guérin.

M. GUÉRIN : *Non numerandæ sed perpendendæ !*

M. BOULEY n'a pu s'empêcher de laisser échapper un soupir en entendant la protestation de M. Jules Guérin. Jamais démonstration par la méthode expérimentale n'a été plus saisissante que celle que les autorités anglaises viennent de faire en Egypte.

Voilà, en effet, un pays qui, grâce à l'observation rigoureuse des règlements sanitaires, a pu être préservé, depuis 1865, de l'invasion du choléra épidémique ; or il suffit que cette année, l'Angleterre, devenue maîtresse de l'Egypte, mette de côté les mesures de prophylaxie en vigueur jusque-là, pour que aussitôt une épidémie effroyable se déchaîne dans toute la contrée. N'est-ce pas là une démonstration péremptoire de la doctrine de l'importation et de l'efficacité des quarantaines et des cordons sanitaires si injustement attaqués par M. Jules Guérin ?

M. J. GUÉRIN se fait fort d'apporter dans la prochaine séance un document qui prouve qu'à l'époque de l'une des dernières Expositions universelles, alors que Paris était en quelque sorte envahi par les provenances de tous les pays de l'univers, et en particulier des pays où régnait le choléra, aucun cas de cette maladie ne s'est développé cependant au sein de la capitale. N'est-ce pas là une preuve que le choléra ne se développe pas par importation ?

M. FAUVEL: Il y avait à cela une raison bien simple, c'est qu'aucun cas de choléra n'existait nulle part à ce moment.

M. BERGERON demande à faire une motion d'ordre, à l'occasion de la discussion qui a suivi la communication de M. Fauvel. Il ne faudrait pas que la presse anglaise pût se servir des paroles prononcées par M. Jules Guérin pour prétendre que, dans le premier corps médical de France, il ne s'est pas trouvé une majorité pour répudier la doctrine en vertu de laquelle l'Angleterre, plus préoccupée des intérêts de son commerce que du respect de la vie humaine, a laissé volontairement le choléra pénétrer en Egypte, au risque d'infecter l'Europe entière.

En conséquence, M. Bergeron désire qu'il soit fait mention expresse, au procès-verbal, de l'accueil fait par l'Académie, d'une part, à la communication de M. Fauvel et, d'autre part, à la protestation de M. Jules Guérin. Il demande que le procès-verbal rappelle que la majorité de l'Académie a accueilli l'une par ses applaudissements et l'autre par des marques d'improbation.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL croit devoir ajouter que cette protestation faite au nom de

l'Académie contre les paroles de M. Jules Guérin est d'autant plus nécessaire que certaines gens pourraient, en ce moment, se servir de ces paroles comme d'un argument pour tâcher d'entraver les mesures de prophylaxie à l'aide desquelles la France et l'Europe cherchent à se défendre contre l'invasion du fléau. (Marques nombreuses d'approbation.)

—

M. Verneuil lit un travail intitulé: *De la consolidation des fractures chez les diabétiques.*

L'auteur, dont nous regrettons que le manque de place nous empêche d'analyser plus longuement l'intéressante communication, rapporte quinze observations desquelles il croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Le retard et l'absence de consolidation constatés dans trois cas de fracture semblent devoir être rapportés à la dyscrasie simultanément reconnue, c'est-à-dire au diabète;

2° Ce retard et cette absence de consolidation impliquent nécessairement un ralentissement ou une suppression du travail réparateur, forme particulière de la nutrition;

3° D'où il est permis de conclure que le diabète, lorsqu'il entrave ou empêche la formation du cal, traduit au moins, si même il n'occasionne pas directement, la diminution ou la suppression de la nutrition.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

VARIÉTÉS

Le choléra et sa prophylaxie dans le port de Londres.

L'absence de toute quarantaine dans les ports anglais, pour les navires venant d'Orient, constitue un danger menaçant pour le littoral européen. Quelles sont donc les mesures sanitaires auxquelles les navires sont soumis sur les bords de la Tamise?

D'après le règlement de 1873 modifié dernièrement, ces mesures prophylactiques contre l'importation du choléra incombent aux autorités sanitaires du port, qui en sont responsables. Dès qu'un vaisseau se présente venant d'un pays contaminé ou suspect, les officiers sanitaires doivent faire une enquête auprès de l'armateur et du capitaine. Ce dernier signe une déclaration, et dans le cas où cette déclaration serait fausse, s'expose à de graves pénalités.

D'après le règlement, tout navire sur lequel on a constaté un cas de choléra est considéré comme dangereux et subit la désinfection. A dater du moment où l'existence de la maladie a été reconnue, il est placé sous l'autorité exclusive des officiers sanitaires. Ces derniers le font mettre à l'ancre, à l'endroit du port qu'ils désignent et visiter les passagers et l'équipage par les médecins du port. S'il existe des cas de choléra ou de diarrhée cholériforme, on les envoie à l'hôpital flottant et les passagers qui sont en bonne santé ne peuvent débarquer qu'après s'être soumis à des fumigations dans un endroit clos.

Le navire, ainsi privé de ses passagers et de son équipage est désinfecté ainsi que la cargaison. La durée de cet isolement n'est pas limitée; elle est maintenue pendant autant de temps qu'il est nécessaire. Si parmi les personnes qui restent à bord, une seule est atteinte de choléra, le navire demeure soumis aux autorités sanitaires jusqu'après la guérison ou la mort du malade.

Le port de Londres entretient en tout temps à Gravesend un médecin sanitaire chargé de la surveillance des navires, spécialement au point de vue du choléra. De plus le vaisseau-hôpital devrait toujours être prêt à recevoir des cholériques. En est-il ainsi? En tout cas, l'économie de ces mesures est de réduire au minimum les obstacles au mouvement commercial, leur efficacité dépend donc de la bonne foi des capitaines et de la bonne volonté des armateurs; c'est-à-dire de ceux qui redoutent le plus les mesures quarantainaires et les obstacles au commerce. Avec leur concours, on peut sans retard prendre les mesures sanitaires convenables, mais sans leur aide, la prophylaxie est difficile.

Certes, en présence de la flegmatique impassibilité des autorités britanniques et du défaut d'empressement des capitaines des vaisseaux dont les intérêts commerciaux sont en jeu, il n'y a pas lieu d'attendre de résultats bien sérieux de l'application de ces mesures. Les Conseils sanitaires de nos ports de la Manche et de l'Océan ne peuvent donc pas compter sur la vigilance de ces règlements; leur surveillance est d'autant plus

urgente que les voyageurs et les provenances d'Orient à destination des côtes de France, empruntent les navires et les ports anglais, afin d'éviter les délais quarantainaires.

L. D.

FORMULAIRE

Collyre contre l'ophthalmie congénitale purulente du nouveau-né.

Warlomont.

Nitrate d'argent cristallisé . . . . . . 0 gr 05 centigr.
Eau distillée . . . . 30 grammes.

Faites dissoudre. — On nettoie l'œil malade avec un jet d'eau rendu antiseptique par le benzoate de soude, le thymol ou l'acide phénique. Le jet aqueux doit être dirigé de manière qu'il vienne frapper toujours obliquement, tantôt la cornée, tantôt l'intervalle de chacun des replis que forme la muqueuse tuméfiée. La durée totale de la douche varie de 10 à 15 minutes. Cela fait on instille quelques gouttes du collyre au nitrate d'argent, et on termine le pansement en étendant sur le bord libre des paupières, gros comme une tête d'épingle de pommade au précipité rouge. La même opération est répétée nuit et jour d'heure en heure. — Dès que la suppuration devient plus séreuse, on instille dans l'œil, plusieurs fois par jour, une solution de sulfate de zinc (0 gr 10 cent. pour 180 gr d'eau distillée), et on graisse le bord libre des paupières avec de l'axonge. Pendant toute la durée du traitement, l'enfant ne doit prendre d'autre nourriture que du lait, et la nourrice doit s'abstenir de bière, de vin et de spiritueux. — N. G.

Faculté de médecine de Paris

Thèses de doctorat du 23 au 28 juillet 1883.

Vendredi 27. — M. Berthaut : Etude sur l'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires. (Président, M. Trélat.)

M. Bodinier : Etude sur l'enkystement des tumeurs bénignes. (Président, M. Verneuil.)

M. Lemoine : De la rachialgie. (Président, M. Potain.)

M. Courtin : Carie de l'épine de l'omoplate. (Président, M. Guyon.)

M. Sarazin : La vulvite aphtheuse de l'enfant. (Président, M. Potain.)

M. Bonneau : Exposé historique du traitement du lupus. (Président, M. Fournier.)

M. Binet : Du rôle de la syphilis dans la cécité. (Président, M. Fournier.)

M. Butte : Recherches sur les variations de l'exhalation pulmonaire de l'acide carbonique. (Président, M. Fournier.)

Samedi 28. — M. Carlier : Anatomie philosophique. (Président, M. Sappey.)

M. Cambouliou : Complications de la conjonctivite granuleuse chronique et leur traitement. (Président, M. Panas.)

M. Pousset : Quelques considérations sur la contusion de la jambe. (Président, M. Panas.)

COURRIER

Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* Lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes en cristal plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique, sont institués agrégés des Facultés de médecine (section des sciences physiques, chimiques et pharmaceutiques), à la suite du concours du 1er juin dernier, pour en exercer les fonction du 1er novembre 1883 au 1er novembre 1892, les docteurs en médecine dont les noms suivent:

MM. Bagnéris et Bergonié (physique); — M. Blarez (chimie); — MM. Doumer, Guebhard et Imbert (physique); — M. Linossier (chimie); — M. Pouchet (pharmacologie); — M. Vilie (chimie).

Faculté de médecine de Paris. — Le concours pour la nomination à deux places de chef de clinique médicale vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Derignac et Mathieu comme titulaires, et M. Siredey comme chef de clinique adjoint.

— Le concours du clinicat des maladies nerveuses est également terminé. M. le docteur Marie a été nommé chef de clinique

— Le concours pour la nomination à deux places de chef de clinique chirurgicale s'est terminé jeudi par la nomination de MM. les docteurs Prengrueber et Routier.

— Le docteur Kuck, médecin français, celui-là même qui découvrit le lac Toba, dans le nord de Sumatra, vient d'être dépouillé et maltraité par les émissaires de l'almany de Timbo (Fouta-Djalon), avec lequel le docteur Bayol avait signé un traité par lequel l'almany acceptait le protectorat français. C'est à grand'peine que le docteur Kuck a pu regagner le premier poste français.

Conseil supérieur de l'instruction publique. — Le conseil supérieur de l'instruction publique a épuisé hier son ordre du jour et clos sa session.

Trois projets de décret relatifs à l'enseignement supérieur ont été adoptés.

Le premier fixe le régime d'études des aspirants au titre d'officier de santé: tout candidat, en prenant sa première inscription, doit justifier, à défaut d'un diplôme de bachelier, du certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial ou du certificat de grammaire complété par un examen portant sur les éléments de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle.

Le second projet de décret concerne les Ecoles de plein exercice de Médecine et de Pharmacie; il accorde aux aspirants au doctorat en médecine, élèves de ces Ecoles, le privilège nouveau d'y prendre seize inscriptions.

Un troisième projet de décret réorganise les Ecoles préparatoires de Médecine et de Pharmacie, fixe à 2,500 fr, le traitement des professeurs titulaires, ajoute la physique aux matières de l'enseignement, établit six professeurs suppléants au lieu de quatre, et impose aux villes l'obligation de mettre à la disposition des Ecoles une ou plusieurs salles consacrées aux maladies des enfants.

Congrès international des sciences médicales (8me session, Copenhague, 1884). — Le 8e congrès international des sciences médicales aura lieu à Copenhague, du 10 au 16 août 1884.

Le programme sera envoyé avec les statuts à ceux de nos collègues qu'on présume s'intéresser aux travaux du congrès et vouloir y prendre part.

Pour que le programme puisse être publié aussitôt que possible, il est très désirable que toutes les communications qui sont relatives au congrès, et que le comité recevra avec reconnaissance, soient adressées au secrétaire général, M. C. Lange, à Copenhague avant le 1er octobre prochain, afin qu'on puisse y avoir égard dans la rédaction du programme définitif.

Les personnes ayant qualité pour être membres du congrès qui, avant cette époque, auront manifesté au secrétaire général leur intérêt pour le congrès et leur intention de prendre part éventuellement à ses travaux recevront aussitôt que faire se pourra le programme et les statuts.

Société de médecine de Paris. — Séance du 28 juillet (au lieu du 14). — 1° M. Thevenot : Rapport sur la candidature de M. Apostoli au titre de membre titulaire. — 2° M. Thorens : Note sur la pathologie du pied-bot congénital. — 3° Vote sur la candidature de M. Forget au titre de membre honoraire, — 4° Vote sur la demande de M. Daremberg d'échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre correspondant. — 5° Communications diverses.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Tableau clinique de l'hypercoqueluche (1),

Par Henri Roger,

Médecin honoraire de l'hôpital des Enfants.

Tantôt la *coqueluche* s'annonce dès les premiers jours comme devant être très forte, et elle commence avec des caractères évidents d'acuïté et de gravité; tantôt elle n'est qu'une suite, un progrès en mal, de l'affection dans son type moyen : un degré de plus dans l'intensité des symptômes, et elle va revêtir la *forme grave;* cette forme, plus accentuée, sera (pour la dénommer d'un mot) *l'hypercoqueluche.*

Le *début* est ordinairement marqué par un *appareil fébrile* et une *bronchite initiale intenses* (celle-ci coïncide souvent avec du coryza) : après un ou plusieurs frissons erratiques, lesquels ne sont sensibles qu'aux mères et au médecin attentif, et qui se traduisent seulement par du malaise, de la grognerie, de l'abattement, la *fièvre* se déclare assez vive, avec une température augmentée d'au moins un ou deux degrés (38, 39 degrés), avec un pouls qui monte à 110, à 120, et, chez les très jeunes enfants, à 130, 140 et au delà. La fièvre, qui est continue, a des exacerbations et des rémissions irrégulières, assez prononcées chez quelques malades pour simuler des *accès intermittents.* Il y a simultanément de la *toux,* sèche, saccadée, remarquable aussi par sa fréquence et souvent par son *incessance* (ce qui est un bon caractère sémiotique); vingt, trente, quarante fois par minute, l'enfant donne de petits coups de *toux de gorge,* comme dans certains cas d'angine pharyngée ou de laryngo-trachéite (où le malade éprouve une sensation constante de picotement); il tousse opiniâ-

(1) Extrait du tome II des *Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance* (librairie Asselin et C[ie]).

FEUILLETON

CAUSERIES

LE MENSONGE CHEZ LES ENFANTS.

Il n'est personne de nous qui dans son entourage ne connaisse quelque enfant enclin au mensonge. Que ce soit maladie, ou mauvaise éducation, ou instinct pervers, les enfants mentent; M. le docteur Bourdin nous l'avait dit à la Société médico-psychologique, dans un travail qui vient de paraître dans les *Annales* de la Société (numéros de janvier et de mai 1883); M. le professeur Brouardel nous l'a prouvé de nouveau dans un intéressant mémoire sur les causes d'erreur dans les expertises relatives aux attentats à la pudeur commis sur des petites filles, et inséré dans le numéro des *Annales de gynécologie* du mois de juillet. Il n'y a donc plus à en douter; le mensonge, comme dit M. Bourdin, se développe spontanément, à la façon de l'herbe qui croît dans les champs; il débute avec les premières lueurs de l'intelligence et ne s'éteint qu'avec elle.

L'étude psychologique à laquelle s'est livré notre distingué confrère tend à prouver que les enfants mentent pour différentes raisons. Tantôt c'est pour badiner; tantôt c'est pour obtenir quelque chose; tantôt encore c'est pour éviter quelque punition, ou par crainte d'un châtiment, ou enfin pour se venger de quelque punition méritée ou imméritée.

Qui ne ment pas, pour badiner? Sous ce rapport, les chasseurs, les pêcheurs, les

trément, et la face, qui commence à se congestionner, est déjà vultueuse comme dans la rougeole, et, après quelques jours, d'une rougeur légèrement vineuse. Cette toux est fatigante et pénible pour l'enfant (et elle l'est bien plus pour des oreilles maternelles).

Ce qui étonne l'observateur, et ce qui l'embarrasse dans sa diagnose, c'est qu'avec un ensemble morbide qui décèle une violente inflammation des voies respiratoires (agitation fébrile, dyspnée, toux qui ne se tait ni jour ni nuit), *l'auscultation* (les jeunes sujets la permettent encore) *ne donne que des résultats à peu près négatifs* (1). Tantôt il n'y a que des inégalités dans les caractères du murmure respiratoire aux régions diverses de la poitrine; ici plus de force et de rudesse, là un peu d'affaiblissement, selon l'amplitude et l'accélération inégales des mouvements du thorax; et ces modifications peuvent varier à chaque exploration nouvelle; tantôt ce sont des râles musicaux, ou plus rarement bulleux, que l'on perçoit; mais ces rhonchus sont encore plus instables, plus fugaces, que ceux de la coqueluche moyenne dans ce même stade; ils passent d'un côté à un autre, du sommet à la base; ils disparaissent pour revenir, sans raison évidente. Cette paucité et cette muabilité des signes physiques sont en tel désaccord avec la permanence et la véhémence des troubles fonctionnels, qu'il arrive souvent à l'auscultateur de ne trouver aucun indice matériel de lésions qu'il suppose et qu'il affirmerait rationnellement.

Cet état dure douze à quinze jours, et parfois quelques jours de plus; pendant ce temps, l'affection, au lieu de décroître (ce qui advient dans la bronchite commune), suit une *marche ascendante;* les *phénomènes généraux* persistent, avec aggravation dans la fièvre et dans le nervosisme. L'enfant perd bientôt sa gaieté, son sommeil et ses forces; il est bien plus grognon et pleureur, plus impatient et irascible, parce que, en réalité, il est beaucoup plus malade que dans la coqueluche moyenne. Il reste très volontiers à la chambre, et même alité; entouré de ses jouets, de ses livres d'images, il ne s'y intéresse plus; il ne joue guère et lit encore moins; dix fois par jour, il passe de l'apathie et de l'abattement à la mauvaise humeur et à

(1) Ce défaut de signes stéthoscopiques se comprend, car, à cette période, la membrane muqueuse laryngo-bronchique n'est qu'un peu congestionnée, et elle est sèche, la sécrétion ne se faisant que plus tard, et d'abord *par intermittences.*

---

anciens militaires, enflent assez volontiers leurs prouesses d'inventions imaginaires propres à en relever la valeur. Cette variété n'est donc pas absolument particulière à l'enfance. En pareil cas, si les enfants mentent, c'est d'ailleurs un peu la faute des personnes qui s'occupent de leur éducation, et des contes, fables, etc., qu'on leur raconte, soit pour les distraire, soit pour exercer leur mémoire. Faut-il savoir gré aux nourrices, aux orateurs de veillées, des histoires lugubres, et notamment des histoires de revenants dont ils assaisonnent leurs discours, et qu'ils ont toujours en provision? Je crois que ceci n'est bon qu'à troubler la cervelle des enfants, et à amener des résultats dans le genre de celui que rapporte M. Bourdin.

« Une jeune fille, dit-il, *se donnait du bonheur*, je répète ses propres expressions, en se contant à elle-même des histoires dans lesquelles elle jouait un rôle. Son bonheur consistait à se faire princesse, et surtout à s'entourer de riches trésors dont elle avait la disposition. Alors elle distribuait, à pleines mains, ces richesses fictives qui lui attachaient tous les cœurs. Un incident quelconque, le tintement de la cloche ou l'appel d'une compagne, tirait la jeune élève de sa rêverie et la rendait à la réalité. Quelquefois les amies de classe interrogeaient la rêveuse sur l'objet de ses méditations solitaires. Celle-ci ne faisait aucune difficulté de les entraîner avec elle dans un monde imaginaire. L'enfant, devenue vieille, se complaisait encore dans des contes qu'elle se récitait. »

Les enfants qui mentent pour obtenir quelque chose se rencontrent fréquemment. Saint Augustin avoue lui-même que l'amour du jeu et la passion de voir de simples bagatelles lui faisaient faire d'innombrables mensonges pour tromper ses maîtres et ses parents. On a pu imiter saint Augustin en cela, sans mériter malheureusement d'être canonisé.

l'inquiétude. Il a de la soif, et l'appétit est nul ou très capricieux; il ne demande pas à manger et accepte à peine des boissons nourrissantes. Le défaut de sommeil, qu'une toux fréquente interrompt, ajoute à sa fatigue, à sa faiblesse.

Quant au bébé, qui crie lorsqu'on le met dans son berceau, il ne veut plus quitter les bras de sa nourrice; sa petite mine triste a désappris les sourires enfantins; geignant sans cesse et toussant, somnolent ou agité, fébricitant et dyspnéique, on le dirait en proie à une grave broncho-pneumonie que ne décèle pourtant pas l'auscultation.

La *toux* est devenue moins opiniâtre, mais c'est une fausse amélioration; et si, moins fréquente et moins sèche, elle laisse quelque répit au petit malade; si elle ne le tourmente qu'à intervalles plus espacés, elle est peut-être plus pénible, étant par degrés plus convulsive, plus étouffante, à la fois par un spasme pharyngé et par une sécrétion intermittente de mucosités qui affluent tout à coup dans l'arrière-gorge et dans la bouche. — Le médecin, qui ne voyait dans ces phénomènes que les symptômes d'une bronchite aiguë, apprend par l'entourage que la toux a changé; qu'elle est singulière, qu'après un quart d'heure, une demi-heure de cessation, elle reparaît soudain; que l'enfant rougit aussitôt; qu'il tousse par saccades brusques et précipitées et que les larmes lui viennent aux yeux; que souvent il semble suffoquer, que parfois il est soulagé par le rejet d'un paquet de glaires épaisses (lui qui jamais ne crache!); que, d'autres fois, il vomit.

En vain l'auscultation et la plessimétrie sont pratiquées à des heures différentes, aucun signe physique nouveau ne s'est manifesté; aucun n'est permanent; et l'oreille ne perçoit toujours que les rhonchus du catarrhe dont le siège et les caractères varient avec les promptes alternatives de sécheresse ou d'hypercrinie de la muqueuse bronchique; quelquefois, on entend, plusieurs respirations de suite, du râle muqueux ou sous-crépitant dans un point de la poitrine, et l'on croit y avoir découvert un noyau de pneumonie; puis l'enfant de tousser fortement, le rhonchus de disparaître et la diagnose de rester incertaine. — Dans quelques cas, il y a des *commencements de quintes* non suivies de reprise sifflante, et une ou deux fois en vingt-quatre heures on peut avoir la chance d'entendre, à la fin, une brève inspiration sonore, un quart de sifflement laryngé. Ce n'est qu'une simple note aiguë, mais elle est parfois révélatrice.

Une jeune personne s'ennuie au couvent; elle veut en sortir à toute force et n'y plus rentrer; la mère soutient l'enfant, mais le père résiste à leurs instances. La jeune fille s'introduit dans l'oreille un caillou, pas très profondément, bien entendu, et se met à pousser des cris perçants. Un médecin mandé en toute hâte veut examiner l'organe malade; mais, à son approche, les cris redoublent. De guerre lasse, il menace la prétendue malade de la renvoyer dans sa famille si elle n'est pas plus raisonnable. La crise ne cessa que lorsque la voiture eut emmené la jeune menteuse par action.

Voici un autre exemple dont le héros fut un garçon, pris de la même envie de quitter l'asile qui devait abriter ses jeunes ans. Un beau jour, l'enfant fut pris d'un accident bizarre. La tête s'anima d'un mouvement horizontal de va-et-vient qui, lent d'abord, acquit une rapidité très grande. Cela dura vingt minutes. Les crises reparurent, résistèrent à tout traitement, et ne cessèrent que lorsque l'enfant fut rendu à ses parents. Cette fois cependant la fraude fut dévoilée.

D'autres enfants mentent également par action pour attirer l'attention sur eux. A propos d'un fait de ce genre, M. Bourdin nous dit que la vanité féminine n'a pas de bornes, surtout quand elle fait alliance avec le désir de paraître. De cette alliance résulte une sorte d'état mental qui touche de près à la monomanie. Voici ce fait en quelques mots :

Une jeune fille d'une piété éclatante ne pouvant trouver à se marier à son gré, et voulant sortir à tout prix de sa médiocrité, feint une maladie étrange. Mettant toute pudeur dehors, elle accuse des douleurs violentes dans le bassin, rend un jour un petit fragment d'os par les parties secrètes et subit les examens les plus minutieux dans divers hôpitaux. On ne put trouver la cause du mal. Les fragments d'os sortaient presque

L'*agitation nerveuse* est grande, surtout la nuit, qui n'amène pas le repos accoutumé. Le petit malade se tourne et retourne dans son lit; il se réveille souvent, comme dans un cauchemar, avec des cris, des pleurs, et avec une toux spasmodique finissant, après une demi-minute, une minute, par l'expulsion de mucosités pharyngo-nasales; il ne se rendort qu'après avoir été calmé, abreuvé de tisane adoucissante, essuyé et mouché. — Et ces crises pourront se renouveler plusieurs fois, au cours des longues heures nocturnes; ce n'est qu'au jour qu'elles seront moins pénibles pour tous et moins troublantes.

La coqueluche, en cette forme exagérée, met plus de temps à se caractériser que dans la forme moyenne; il semble que les phénomènes inflammatoires enchaînent et effacent les phénomènes nerveux. Ce n'est que dans la denière moitié de la période prodromique que la toux se modifie notablement, qu'elle se régularise en *accès*, et que son caractère *quinteux* s'accuse davantage. Au lieu d'être continue, elle n'est plus qu'intermittente; au lieu d'être de toutes les minutes et même de toutes les secondes, elle se montre comme par crises, plusieurs fois par heure; outre ses saccades isolées, elle procède surtout par séries de saccades; enfin, la toux (et par suite la maladie) se spécifie complètement par la *reprise* sonore, par le sifflement laryngé, qui lui-même est plus distinct, plus soutenu et remplissant l'inspiration entière. Plus la coqueluche a les allures d'un catarrhe aigu, et plus ce sifflement tarde à se manifester (parfois au-delà de quinze, dix-huit et vingt jours), prolongeant d'autant les difficultés de la diagnose.

C'est dans ce troisième septénaire et dans le suivant que la maladie atteint son *acmé*; les *quintes* se renouvellent non pas seulement une fois toutes les deux ou trois heures, mais toutes les demi-heures, tous les quarts d'heure; elles sont de plus en violentes et plus longues, leurs éléments étant au maximum.

Presque toujours, à cette période suraiguë, l'enfant garde le lit; les plus jeunes veulent impérieusement rester sur les genoux ou dans les bras de leur mère, de leur nourrrice, d'une bonne préférée; ou bien, ils exigent, dans l'intervalle des crises, qu'on les porte et les promène dans la chambre.

Tantôt la quinte se prépare pendant quelques minutes et tantôt elle est presque instantanée. — Si l'enfant est endormi, on voit les mouvements de la poitrine s'accélérer, en même temps que l'on constate une augmentation

---

tous les jours; c'était une véritable carrière; enfin, on eut l'idée de les examiner au microscope, et un jour on trouva, dans les anfractuosités du pseudo-séquestre, un fragment de carotte. La menteuse fut mise à la porte de l'hôpital et à l'index de tous les établissements hospitaliers de sa province.

Souvent le mensonge est commis d'une manière inconsciente, sans que l'enfant songe à faire ni bien ni mal. Telle est cette petite fille de 5 ans qui, entendant lire une histoire scandaleuse, alors qu'on la croyait endormie, prétend quelques jours après avoir été l'héroïne d'une aventure semblable. Elle aurait été violée par un petit garçon de 10 ans, puis par son père nourricier, son grand-père, etc. Et quand, interrogée par diverses personnes, soumise à l'examen médical, elle est poussée dans ses derniers retranchements, elle avoue qu'il n'y a rien de vrai dans ce qu'elle a dit, et qu'elle avait voulu faire comme les dames que l'on avait mises dans le journal.

M. Brouardel a vu bien des faits semblables, et dans lesquels le rôle du médecin légiste est rendu des plus difficiles, quand une mère se figure que sa petite fille a été victime d'une tentative de viol. Astley Cooper les avait signalés déjà.

« De temps en temps, dit-il, il arrive qu'une femme impressionnable s'alarme de la découverte d'un écoulement chez sa fille, et qu'elle soupçonne celle-ci d'avoir mal agi.

Elle va trouver un médecin, qui, par malheur, peut ne pas connaître cette maladie, et lui déclarer que l'enfant a un écoulement vénérien. Qu'arrive-t-il en pareille circonstance? C'est que la mère demande à l'enfant : « Qui a joué avec vous? Qui vous a pris sur ses genoux récemment? » L'enfant répond dans son innocence : « Personne, mère, personne, je vous assure. » La mère reprend alors : « Oh! ne dites pas de pareils

de dix à vingt pulsations; la respiration devient rapide et haute, bruyante avec ronflement laryngo-nasal, avec râles sibilants et aussi rhonchus humides, qui indiquent l'obstruction des conduits aérifères par des mucosités ; on entend à distance, et mieux encore avec l'oreille doucement appliquée sur le thorax, ces râles qui retentissent dans toute l'étendue des voies respiratoires, ou qui semblent monter avec les liquides de sécrétion, lesquels envahissent les bronches, des ramuscules aux rameaux et au tronc. L'action directe ou réflexe de ce flot muqueux provoque la toux, et le petit malade, réveillé en sursaut, commence une forte quinte.

Plus souvent, c'est durant la veille que la crise évolue, et alors l'enfant, qui la sent venir et qui a éprouvé (très inconsciemment) que des mouvements la déterminent, garde le silence et le repos. On voit, comme tout à l'heure, sa respiration se précipiter, ainsi que son pouls; les mains posées sur le thorax perçoivent les vibrations que produisent les rhonchus bronchiques; et l'oreille accolée, ou seulement approchée, entend ces mêmes râles bruyants, abondants, progressifs. On voit aussi la face légèrement bouffir et bleuir, la physionomie s'attrister, s'effrayer; puis, à un moment donné, la quinte se produit.

D'autres fois, celle-ci est soudaine, soit qu'elle revienne spontanément, après vingt, trente, quarante minutes de calme, soit que des mouvements la provoquent ou l'activent (une simple secousse de toux, un éternument, la déglutition, le moindre effort pour bouger, toute émotion physique ou morale; souvent le médecin détermine la crise rien qu'en mettant le petit malade sur son séant pour l'ausculter).

Le coquelucheux, tout de suite angoissé, se relève vivement sur son lit ou sur les bras qui le tiennent, se lance en avant ou se rejette en arrière, prenant d'instinct la posture où la respiration est le moins gênée, et comme cherchant l'air, la nourriture de sa vie. Secoué par les convulsions de la toux, il se cramponne aux barres de son berceau, au cou de sa mère, aux personnes environnantes, dont il semble implorer le secours dans sa détresse pathologique.

L'accès se poursuit, ainsi qu'il a débuté, d'une manière véhémente; car ce n'est plus seulement un chatouillement à la gorge, un grattement, qui sollicite l'enfant à tousser; c'est une sensation d'étreinte, de suffocation, comme par un corps étranger dont il est impatient de se débarrasser. —

---

mensonges; je vous fouetterai si vous continuez ! » Et alors l'enfant est amenée à confesser ce qui n'est jamais arrivé, pour se sauver du châtiment. Elle dit enfin : « Un tel m'a pris sur ses genoux. » L'individu est questionné et nie énergiquement. Mais l'enfant croyant aux menaces de sa mère, persiste dans son dire; l'homme est conduit en justice, un médecin qui ne connaît pas bien l'écoulement dont je parle donne son témoignage et l'homme est puni pour un crime qu'il n'a pas commis. »

Astley Cooper conclut en disant : « J'ai vu de tels cas plus de 30 fois dans ma vie. Et je puis vous assurer que nombre de gens ont été pendus par suite d'une pareille erreur ! »

« En France, dit M. Brouardel, sauf la pendaison, ce qui était vrai il y a bientôt un siècle l'est encore aujourd'hui. La sollicitude bien légitime de la mère étant éveillée par l'inflammation qu'elle découvre chez sa fille, et dont la cause lui semble suspecte, elle pose une même question à sa fille et au médecin. Nous avons vu comment la fille induit sa mère en erreur, et comme le médecin peut se tromper.

La petite fille seule a menti. C'est sa mère qui, inconsciemment, lui a donné l'idée de ce mensonge, qui lui en a suggéré les principales circonstances. On répète fréquemment que la mère a fait la leçon à sa fille. En thèse générale cette interprétation est fausse. La mère a fourni les bases de l'accusation, elle a, par ses questions, donné un semblant de vraisemblance à une histoire dont la petite fille comble facilement les lacunes. Lorsque celle-ci a ainsi forgé un conte, elle s'en imprègne, et le plaisir qu'elle éprouve à jouer son rôle, à se voir entourée d'un intérêt plein de compassion, la rend inébranlable dans ses affirmations.

On parle souvent de la candeur des enfants; rien n'est plus faux. Leur imagination

La quinte ne se compose plus seulement de deux ou trois séries de saccades expiratrices que suit une reprise sifflante, et qui, après des efforts plus ou moins pénibles, cessent par l'expulsion de quelques crachats; ce sont quatre, six, huit séries de saccades, de plus en plus énergiques et rapides; ce sont des contractions spasmodiques de tout l'appareil respiratoire, qui se répètent, dans certains cas, dix ou douze fois de suite, l'enfant ne reprenant haleine que par une inspiration longue et sonore. Autant de saccades sériées, autant de ces reprises sifflantes, et l'on a pu, dans des hypercoqueluches, en compter jusqu'à quinze, vingt, pour une seule quinte (dix est un chiffre commun).

C'est pitié de voir les pauvres enfants en lutte avec la puissance nerveuse désordonnée qui trouble la respiration, qui ébranle le thorax et agite tout leur corps de mouvements synergiques. La plupart tâchent de modérer les convulsions de la toux, de les arrêter, en prenant un point d'appui solide sur les objets proches, en se laissant contenir, en se faisant soutenir la tête; les uns, sur leur séant, et les bras fortement fixés sur les cuisses fléchies, supportent la quinte vaillants ou résignés; les autres, effrayés ou colères (car le naturel se montre dans ces crises), se dressent brusquement dans leur lit, se mettent à genoux, frappent leur oreiller et des poings, et de la tête, et du tronc qui s'y enfoncent. Celui-ci s'arrache des mains qui le retenaient, comme s'il espérait échapper à la quinte; celui-là se jette bas, se roule par terre, toussant, écumant, convulsé comme un épileptique.

C'est pitié de voir le coqueluchеux, la physionomie effarée, la face congestionnée, rougie d'abord par le raptus, vers la tête, du sang qu'y lance le cœur tumultueux, puis cyanosée, par la stase dans les parties supérieures de ce sang mal oxygéné; — les joues, les lèvres et surtout les paupières gonflées par un œdème durable (à faire penser à une albuminurie), des pleurs aux yeux, une morve visqueuse aux narines (souvent avec du sang d'épistaxis); — la bouche béante, embarrassée de salive, de mucosités aérées, de glaires collantes, de crachats épais et filants ou puriformes et parfois mêlés de sang; — la langue grosse, hypérémiée, bleuâtre comme les lèvres; faisant saillie entre les mâchoires, ou projetée au dehors par les

---

(comme le disait M. Bourdin) aime à créer des histoires dont ils sont les héros. L'enfant se berce lui-même en se narrant des fantaisies qu'il sait fausses de tout point, mais où il joue tel ou tel personnage plus ou moins ressemblant aux personnes qu'il connaît ou aux personnages dont il a lu les exploits dans les livres qu'il a entre les mains.

Faites que cet enfant, aux propos duquel on ne prêtait d'ordinaire qu'une médiocre attention, trouve un auditoire, qu'avec une certaine solennité on écoute, on enregistre les créations de son imagination, il grandit dans son estime, il devient lui-même un personnage, et rien ne lui fera plus avouer qu'il a trompé sa famille et les premières personnes qui l'ont questionné. Son mensonge sera d'autant plus facile à démasquer que l'enfant ment sans se laisser troubler par les invraisemblances qu'on relève dans son récit; il ne le rectifie pas; une fois la formule trouvée, il la répète invariable; et c'est cette fixité qui fait naître l'idée qu'il récite une leçon apprise.

Combien de fois ne me suis-je pas amusé, dans des cas semblables, à prendre des enfants de 2 ans, 3 ans, qui avaient contracté des vulvites dans des milieux où se trouvaient réunies de nombreuses petites filles ! A mon tour, je leur demandais : « Qui t'a fait cela ? » Et lorsqu'elles hésitaient je leur suggérais un nom, celui d'un diplomate étranger, par exemple. Elles disaient : « Oui, c'est lui. » Je revenais huit jours, quinze jours après, et sans hésitation, elles me répétaient ce nom; elles ne l'avaient pas oublié. »

Le mensonge considéré comme moyen de défense, et dont avait fait usage la petite fille dont parle sir Astley Cooper, joue un rôle considérable dans la vie de l'enfant. MM. Bourdin et Brouardel sont entièrement de cet avis. Il semble, dit M. Bourdin, que l'enfant, ayant le sentiment de son impuissance physique, préfère recourir à la ruse plutôt que d'entamer le combat à armes inégales. En cette circonstance, l'instinct est bon conseiller. Et que de faits on pourrait citer à l'appui. En voici quelques-uns.

secousses de la toux; se déchirant aux pointes des dents naissantes, et le frein s'ulcérant au frottement sur les incisives inférieures.

A suivre.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

Le 24 juillet, la mortalité cholérique était de 731 décès, dont 372 au Caire, 53 Ghizeh; on comptait 86 cas à Damiette, Chirbine, Mansourah et Samanoud; 177 au sud du Delta et 43 à l'ouest. Le faubourg de Boulacq est toujours le foyer le plus actif de l'épidémie au Caire; de là, elle s'est étendue à Malmaleh, contournant la ville, de Ghizeh à Bab-el-Nasar et atteignant faiblement les quartiers du centre.

Le 25 juillet, il y a eu 365 décès au Caire, 167 dans les villages de la province de Calioubeh, 2 à Alexandrie, 48 à Ghizeh, 35 à Menouf et Chirbine el-Kom, 49 à Tantah, Samanoud et Mehallet-Kébir, 61 à Mansourah, Zifteh, Damiette et Chirbine. On signale quelques cas à Zagazig et au Berah. Le nombre total des décès, pour cette journée, est donc de 729, parmi lesquels on compte 15 soldats anglais.

Du 24 juin au 24 juillet, l'épidémie a atteint 36 villes ou villages et fait 6,741 victimes. La plus grande mortalité est celle de Damiette, 1,875 morts; Mansourah, 1,049; Chirbine-el-Kom, 496 en douze jours; le Caire, 1,794 en huit jours.

L'état sanitaire de l'armée anglaise ne paraît pas s'améliorer. Sur 660 hommes en traitement dans les hôpitaux le 24 juillet, on comptait 70 cholériques. Le 19e régiment qui occupait la citadelle du Caire a dû l'abandonner, laissant 17 cholériques à l'infirmerie, pour aller camper sur les collines de Mohattan; le 35e régiment, qui est cantonné à Ismaïlia, a laissé 41 cholériques au Caire et perdu 5 hommes; enfin il existe des cas suspects dans le régiment cantonné à El-Guisir. En prévision de l'extension de l'épidémie, les autorités militaires anglaises préparent à Chypre un hôpital de convalescents cholériques. — C. E.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ DE LA VACCINE ET DE LA VACCINATION HUMAINE ET ANIMALE, par le docteur E. WARLOMONT. Paris, J. Baillière; 1883.

Bousquet, l'auteur du classique *Traité de la vaccine*, avait quelque raison d'écrire les paroles suivantes. « Il en est du médecin comme du voyageur : celui qui peut dire j'ai vu « est presque toujours sûr d'être écouté avec intérêt. »

M. Warlomont est un vétéran de la pratique médicale belge et surtout de la pratique

---

Un père ordonne à son fils, sous peine d'une punition sévère, de lui apporter chaque jour une nouvelle, vraie ou fausse. L'enfant chargé de suppléer, au besoin, à la disette de nouvelles, prit l'habitude de faire des contes de toutes pièces. Il avait de l'esprit; il joua bien son rôle. Malheureusement, l'habitude acquise des improvisations mensongères se conserva pendant toute la vie, au grand dommage du menteur.

Un enfant admis à l'hôpital comme muet resta un an sans prononcer un seul mot. Un jour il oublia son rôle et avoua qu'il savait parler, mais qu'il s'était tu parce que son père l'avait menacé de le faire mourir s'il disait un seul mot. Effectivement cet enfant n'a jamais osé faire connaître ni le nom ni la demeure de ses parents. Les renseignements fournis à ce sujet et d'ailleurs sur d'autres faits furent presque tous reconnus comme mensongers.

Evidemment, ce sont les parents qu'il faut alors blâmer.

On dit parfois qu'un enfant, par ses propos inconscients, pourrait vous faire pendre; s'il en est ainsi quand les propos sont vrais, combien le danger est-il plus grand quand les propos sont faux, et quand l'enfant veut satisfaire quelqu'une de ses passions? En effet, les enfants sont accessibles à la cupidité, à la haine, à la vengeance, aux inimitiés, à la jalousie surtout, et, à vrai dire, à presque toutes les passions qui troublent le cœur de l'adulte. On peut donc chercher la source de leurs mensonges dans le dédale des passions; on a grande chance de l'y trouver. Les enfants passionnés sont aussi dangereux que les adultes, plus dangereux même, en raison de la renommée d'innocence dont ils jouissent si injustement. Voyez le premier bambin venu auquel on a refusé l'occasion de se produire; il entre en colère, il frappe du pied et de la langue ceux qui

vaccinale, dont il a été l'un des organisateurs les plus dévoués et les plus compétents ; il a vu, bien vu et beaucoup vu ; son livre, couronnement de dix-huit années de labeurs, possède donc des titres nombreux à l'estime du public et à sa faveur légitime ; écrit par un praticien, il est destiné aux praticiens.

Depuis quelques années, la pratique vaccinale s'est heureusement modifiée et complétée. L'emploi de la vaccination animale n'a pas peu contribué à ces progrès. Mais si la seconde a en Belgique conquis sa place de haute lutte dans la pratique courante, c'est que M. Warlomont en a été l'ardent avocat des premiers jours et le promoteur convaincu de la nouvelle méthode. Comme autrefois la vaccination jennérienne, elle devait trouver des obstacles et provoquer des objections.

C'est que, en matière de vaccine, les préjugés sont tenaces parce qu'ils trouvent des faibles pour y ajouter foi, des habiles pour les défendre et des audacieux pour les exploiter. Le temps n'est plus heureusement où naïvement on racontait aux badauds que les enfants vaccinés prenaient des allures de quadrupède. Sarah Nelme, elle-même, cette bouvière sur laquelle Jenner observa pour la première fois les pustules vaccinales, ne passerait plus sans doute pour posséder les apparences physiques de l'animal qu'elle soignait. Soit ; et cependant, aujourd'hui encore, non moins naïvement qu'au lendemain de la grande découverte jennérienne, on répète trop souvent que l'éruption variolique est une sorte de crise dépuratoire éminemment respectable ; que l'inoculation vaccinale est la grande coupable de nombreuses maladies dans l'évolution desquelles elle interviendrait : tumeurs, scrofule, phthisie, rachitisme, convulsions, dont le vacciné peut devenir le support. Faut-il donc après cela s'étonner de cette efflorescence de ligues antivaccinatrices dont l'Angleterre a été le berceau et qui, aujourd'hui, deviennent cosmopolites ? Vraiment il était temps d'en faire justice ; le livre de M. Warlomont y contribuera certainement.

C'est qu'aujourd'hui encore, de tels ouvrages sont de haute utilité sociale. Si la science progresse et grandit rapidement, le bon sens végète beaucoup plus lentement. Il s'emmaillote encore de préjugés héréditaires, dont profitent ces ligueurs, aussi ennemis de la vaccine que des autres conquêtes de la science.

A les entendre, les médecins vaccinateurs sont de grands coupables. Encore un peu, et ils solliciteront du Parlement un projet de mise hors la loi ; on les décréterait de lèse-humanité et par ce temps de crémation et de crémateurs à outrance, on les flamberait bien volontiers. Eh bien, m'est avis que ce livre arrive au moment favorable où les réfractaires à la raison et au progrès adressent des pétitions à la Chambre contre M. Pasteur, ce savant qui s'est inspiré de loin peut-être, mais à coup sûr, d'une manière féconde, de l'idée jennérienne. Vraiment ce serait à douter de l'humanité, si des livres du genre de celui-ci ne reposaient de telles excentricités médicales et ne montraient la sottise de ces prétendus griefs contre la vaccination.

Voici la syphilis vaccinale, peut-être même la tuberculose de même origine. Ces ma-

---

l'ont contrarié. Si un mensonge peut servir à sa vengeance, ce mensonge, semblable à un trait empoisonné, ne tardera pas à frapper le contradicteur.

Il faut décidément en rabattre de nos illusions sur l'enfance; la candeur et la vérité ne sont plus ses apanages; est-ce que par hasard il faudrait dire sérieusement qu'il n'y a plus d'enfants? Je crois que si; mais il n'y a rien d'absolu, et il y a des exceptions en tout. Les enfants menteurs sont, je crois, l'exception, et pour les corriger, je conseille fortement de commencer par ne pas leur apprendre des choses dont ils reconnaîtront tôt ou tard la fausseté.

SIMPLISSIME.

MIXTURE D'ALOÈS COMPOSÉE.

Aloès succotrin.	10 grammes.
Bi-carbonate de soude.	15 —
Glycérine pure	16 —
Esprit de lavande composé.	16 —
Essence de menthe poivrée	8 gouttes.
Eau distillée	160 grammes.

F. s. a. — Une à deux cuillerées à soupe comme purgatif. — Une à deux cuillerées à café comme stomachique et tonique. — N. G.

ladies ne sont pas des mythes; mais étant donné le nombre immense des sujets inoculés, elles sont l'extrême exception. En tout cas, après avoir discuté les hypothèses, les faits et les théories, M. Warlomont nous paraît adopter une conclusion prudente et sage en disant que s'il existe des accidents vaccinaux incontestables, il faut écarter « de leur « bilan d'autres manifestations dont ils ne sont pas responsables... C'est ce terrain qui « est l'agent et la cause du phénomène; la semence n'y est pour rien. »

Au point de vue doctrinal, notre confrère de Bruxelles admet l'unicité du virus variolique et du virus vaccinal. C'est donc le cas de répéter avec M. Depaul « qu'il n'y a pas « de virus vaccin; le vaccin n'est pas autre chose que la variole modifiée, atténuée dans « son passage dans l'organisme des animaux de l'espèce chevaline ou bovine. »

Il est vrai que cette théorie n'est pas à l'abri des objections. Dans les expériences de contrôle, on n'a pu faire rendre la vaccine au virus variolique humain par son inoculation aux animaux. On produisait alors la variole. Fallait-il s'en étonner, puisque le virus variolique perd de son énergie en traversant le milieu vivant de l'animal. Ces faits ne témoignent pas en faveur de l'unicité des deux virus; en tout cas, ils ne suffisent pas non plus pour repousser leur hypothèse. On peut rester dans le doute en attendant des expériences décisives, maintenant plus faciles, depuis les travaux de MM. Pasteur et Chauveau; mais il serait aussi téméraire, croyons-nous, de prononcer sans appel dans cette question encore ouverte.

Sans nous arrêter plus longtemps aux paragraphes consacrés aux théories doctrinales, il faut reconnaître que le livre de M. Warlomont est surtout un ouvrage pratique. Aussi de longs chapitres ont pour sujet la technique de la vaccination humaine et surtout animale. L'exposé des observations de l'auteur, la connaissance des procédés dont il a eu l'initiative sont précieux pour les organisateurs des instituts vaccinaux officiels, municipaux ou départementaux.

L'exemple de l'auteur est d'ailleurs un vivant enseignement, et montre l'utilité, à côté de l'industrie privée de la vaccine, de créer des établissements analogues à celui dont la Belgique peut à bon droit tirer vanité. Espérons que les organisateurs du futur Institut vaccinal de la ville de Paris y puiseront des indications précieuses. C'est assez dire quelle est la valeur scientifique de cet ouvrage, et quelle a été la persévérance de son savant auteur. En effet, M. Warlomont n'a pas fait seulement œuvre de savant, il a fait aussi œuvre d'honnête homme. Pour notre part, nous lui rendons justice, et nous envions à la Belgique et son talent et son œuvre !

Ch. Éloy.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. A. d'Abbadie donne lecture d'une note *Sur le mal des montagnes*.

On appelle *mal des montagnes* une indisposition qui se manifeste quelquefois à de hautes altitudes et se caractérise surtout par des céphalalgies et des nausées. On attribue ce mal à la raréfaction de l'air, mais les récits contradictoires des voyageurs en Asie et en Amérique ne confirment pas toujours cette explication. Un diplomate intelligent, qui avait séjourné à Quito et dans ses environs, m'assura que le mal des montagnes, appelé *soroche* dans ces contrées, sévit dans certains lieux bien connus et ne se présente point dans des localités voisines, qui sont plus élevées. Pour appuyer ou réfuter cette assertion, j'ai prié un ami de demander dans le Chili des réponses à une série de questions, et j'ai reçu ainsi la Note suivante, qui émane de M. Charles Vattier, ingénieur de notre Ecole centrale de Paris:

La Puna ou Soroche.

« On désigne généralement, au Chili, sous le nom de *puna* un état particulier de l'atmosphère, qui se manifeste surtout dans les régions les plus élevées des Cordillières des Andes. C'est environ vers la hauteur de 2,500^{m} au-dessus du niveau de la mer que commence à se faire sentir l'influence de la *puna* sur l'homme et les animaux.

Les symptômes que l'on observe chez l'homme sont les suivants : La respiration est difficile, il semble au malade que l'air est en quantité insuffisante et souvent il croit qu'il va étouffer. La circulation du sang est accélérée et produit de violents battements aux tempes et même au cœur; on croirait qu'un bandeau vous serre fortement la tête. La peau devient sèche, les fonctions de l'estomac se font mal et souvent apparaissent les vomissements; les maux de tête sont parfois intolérables et c'est surtout pendant la nuit

et les longues insomnies que cette indisposition est plus pénible. Quant la *puna* est très intense, le sang sort par le nez et même par les oreilles.

Les symptômes se manifestent chez les animaux par une respiration bruyante et pénible; l'animal paraît se gonfler et n'avance que lentement. Souvent il se couche par terre et refuse de continuer la route; enfin quelquefois il tombe comme foudroyé, pour ne plus se relever.

Il n'est pas rare de rencontrer, soit dans le désert d'Atacama, soit sur divers points de la Cordillière, des sentiers ayant comme jalons des squelettes de mules et de chevaux qui ont été victimes de la *puna,* et cela dans *certaines régions spéciales,* bien connues des *arrieros* (muletiers). Généralement, pour l'homme, cette indisposition n'entraîne aucune conséquence sérieuse; au bout d'un certain temps, il s'habitue à cette atmosphère et il lui suffit, du reste, de descendre à des niveaux moins élevés pour être rapidement et complètement guéri.

Pour diminuer les effets de la *puna,* il est bon de prendre quelques précautions et même d'employer quelques remèdes.

L'homme devra éviter toute espèce de fatigues, surtout la marche à pied, pour gravir les pentes; la nourriture doit être légère et en faible quantité : autant que possible ne pas s'alimenter de conserves ni de viandes salées. S'abstenir complètement de toute boisson alcoolique et boire le moins d'eau possible.

La farine de blé grillé (*harina tostada*), délayée dans de l'eau chaude avec un peu de sucre (*ulpo*), est l'aliment préféré par les *arrieros*, ainsi que le *valdiviano*, que l'on prépare en broyant très fin du *charqui* (*viande séchée au soleil*), le mêlant avec un peu de graisse, du piment rouge (*asi*), de l'oignon coupé en petits morceaux et délayant le tout dans l'eau bouillante. Le café, le *maté* et surtout le thé, légers, sont les meilleures boissons. Le voyageur devra s'entourer le ventre d'une ceinture de flanelle, et porter des vêtements qui permettent d'affronter les brusques et violents changements de température si fréquents dans la Cordillière; s'il couche en plein air, il aura soin de se couvrir complètement la tête avec un capuchon rabattu sur les yeux, surtout pendant les nuits de lune.

Les remèdes qui passent pour donner les meilleurs résultats sont : *l'oignon cru et l'ail* (ce dernier corps perd presque complètement son goût et son odeur dans les hautes régions). On mêlera donc ces substances avec les aliments ou l'on en fera usage séparément.

Eviter la constipation en prenant de légers laxatifs (citrate de magnésie, etc.). Sur des points très élevés j'ai, personnellement, pu éviter les effets de la *puna*, en prenant, chaque matin, à jeun, une dose de 0 gr 05 d'iodure de potassium.

Enfin, si les symptômes se présentent d'une façon très grave, il faudra saigner le malade et, s'il y a quelque difficulté pour pratiquer la saignée au bras, on pourra, en dernier lieu, faire une forte incision au bas de l'oreille, de manière à retirer une certaine quantité de sang et ensuite arrêter l'écoulement au moyen d'amadou, de chlorure de fer ou même de papier brûlé et d'un bandage convenable.

Les soins à donner aux animaux se réduisent à ne pas exiger d'eux de trop grandes étapes et à ne pas presser leur marche surtout dans les montées. On ne laissera boire les mules et les chevaux qu'après un certain temps de repos et on leur donnera peu à boire à la fois; ne jamais presser l'allure d'un animal après lui avoir donné de l'eau.

Aussitôt que la mule de charge se couche et refuse d'avancer, la débarrasser de sa charge et la laisser reposer pendant un certain temps avant de se remettre en marche.

Dans le cas fréquent où l'animal est frappé d'un coup de sang, lui fendre profondément l'extrémité de l'oreille de manière à provoquer une abondante saignée.

Les vraies causes de la *puna* ne sont pas très bien connues. Il est certain qu'il faut l'attribuer à la raréfaction de l'air produite par l'élévation des hauteurs, mais il y a des causes secondaires mal déterminées.

Dans tel endroit de la Cordillière, hommes et animaux souffriront beaucoup de l'indisposition produite par la *puna,* tandis qu'en s'élevant davantage ils traverseront des régions où sa fâcheuse influence ne se fera pas sentir.

Ainsi, dans le désert d'Atacama, près de la Cochinal de la Sierra, j'ai observé qu'il y avait beaucoup de *puna* à 2,600m de hauteur, dans les parages de l'usine d'amalgamation (*aguada*), qu'on y installe actuellement; tandis qu'à 3,300m de hauteur, dans les montagnes d'Ossondon, plus à l'est, on n'éprouvait nullement ce genre d'accidents. Il est possible qu'il y ait là des influences électriques et que l'ozone joue un rôle important.

Cette influence de l'ozone est d'autant plus probable que c'est surtout pendant et après les orages (*temporals*) que la *puna* fait le plus sentir ses effets; il serait intéressant de faire des observations comparatives, en prenant diverses hauteurs barométriques,

de constater les effets de la *puna* à ces hauteurs et d'y observer les colorations correspondantes des papiers ozonométriques.

Il peut se faire que, dans les parages où la *puna* est le plus développée, il existe des courants atmosphériques qui se soient *électrisés* au contact de certaines roches métalliques, comme les roches contenant des oxydes et sulfures de fer magnétiques, si répandues dans les Cordillières.

Du reste, sur ces points, les phénomènes électriques sont si développés, que si l'on passe la main sur la crinière du cheval ou sur son *poncho*, on entend un vrai crépitement et, la nuit, ce frottement est accompagné de lueurs très marquées.

Si l'on jette violemment des grains de sable sur le sol, on voit également se manifester comme de vraies étincelles. J'ai l'intention de continuer mes observations à ce sujet dans mes prochaines excursions à la Cordillière, et je m'empresserai d'en faire connaître les résultats.

« Valparaiso, le 6 mars 1883. »

Les observations de M. Vattier établissent donc l'existence de la *puna* par une altitude de 2,600^{m} dans les environs du 24e parallèle sud, et l'absence de ce mal à l'altitude *plus grande* de 3,300^{m}.

Dans l'hémisphère boréal, sous la latitude de 13° 14', j'ai voyagé en Ethiopie à des altitudes de 4,500^{m} et 4,600^{m} sans éprouver d'autre inconvénient notable que celui du froid. J'étais accompagné alors par plusieurs indigènes nés dans des régions basses et chaudes et que j'avais choisis comme n'ayant jamais parcouru ces grandes hauteurs. Cependant aucun d'entre eux n'y éprouva le moindre symptôme du mal des montagnes. Pour en établir la vraie théorie, nous croyons devoir recommander aux méditations des physiologistes l'étude des faits que nous venons d'exposer.

M. P. Bert, à propos de cette communication, présente les observations suivantes:

« J'ai écouté avec la plus scrupuleuse attention la lettre que vient de lire notre savant confrère. Je regrette d'avoir à dire qu'elle ne me paraît rien contenir qui ne soit déjà bien connu.

Dès la fin du xvie siècle, le savant jésuite Acosta avait admirablement décrit le *mal des montagnes*, appelé dans les Andes : *puna, soroche, veta, mareo*, et, dans l'Himalaya, *bis, tunk, dum*, etc.

Le fait que, dans les hauteurs médiocres, l'intensité du malaise n'est pas toujours en rapport avec l'élévation, a été également signalé par beaucoup de voyageurs.

J'écrivais déjà en 1878 : « Dans une même région du globe, dans une même masse montagneuse, certains lieux déterminés sont particulièrement redoutés des voyageurs et des indigènes; et ces lieux ne sont pas toujours les plus élevés, tant s'en faut. » (*La Pression barométrique*, p. 329.)

J'ai essayé, dans le livre que je viens de citer, d'expliquer non seulement la cause fondamentale du mal des montagnes, mais les raisons des irrégularités de son apparition suivant les individus, les localités, les circonstances diverses. Reproduire ici ces explications m'entraînerait trop loin.

L'usage d'une nourriture spéciale, l'emploi de certaines médications, la vertu prophylactique de l'ail et de l'oignon, ont été indiqués depuis bien longtemps.

Si j'ai pris la parole, c'est principalement pour protester contre la saignée, considérée comme moyen préventif ou curatif des accidents des hauts lieux. Il est absolument démontré, depuis les travaux de M. Jourdanet et les miens, que ces accidents sont dus à une sorte d'asphyxie particulière due à la proportion trop faible de l'oxygène du sang. Saigner, c'est diminuer une réserve déjà insuffisante, c'est augmenter à coup sûr l'intensité des symptômes et le danger de la situation.

Cependant, de pratique immémoriale, quand arrive l'espèce de congestion qui est une des phases du *soroche*, les *arrieros* font de petites saignées aux oreilles de leurs mules.

Quant à l'accoutumance, j'ai montré, dans une note récemment soumise à l'Académie, que le sang des animaux vivant sur les Andes absorbe notablement plus d'oxygène que celui des animaux de même espèce habitant les plaines. Il y a là un réservoir d'oxygène dans lequel ils peuvent trouver une protection contre l'*anoxyhémie*.

La désinfection des correspondances postales à Marseille.

Le laboratoire destiné à cet usage est un local clos au milieu duquel se trouve une vaste table destinée à recevoir le contenu des sacs postaux et les paquets de lettres ou d'imprimés préalablement déliés. Les agents postaux du navire en observation sont

chargés de cette opération préliminaire. Celle-ci étant terminée, ces agents se retirent à bord ou au lazaret, ferment hermétiquement les ouvertures de la chambre à fumigations. On fait pénétrer dans celle-ci, pendant un temps convenable, des vapeurs phéniquées ou chlorurées; puis des employés des postes de la ville y pénètrent par une autre porte après l'avoir aérée, et remplissent les sacs purifiés.

Pendant ces manipulations, il n'existe donc aucun contact entre les agents postaux en quarantaine et les employés de la ville. Ces mesures strictement appliquées semblent suffisantes; toutefois, dans quelques ports étrangers, ces fumigations se font seulement après avoir pratiqué la lacération des enveloppes. — L. D.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT DU 30 JUILLET AU 4 AOUT 1883.

Lundi 30 juillet. — M. Roux : Des nouvelles acquisitions sur la rage. (Président, M. Regnauld.)

M. Mouret : De la néphrite infectieuse consécutive à l'ostéo-périostite. (Président, M. Verneuil.)

M. Ramonat : La syphilis chez les scrofuleux. Etude chirurgicale. (Président, M. Verneuil.)

M. Vince : Etude sur la maladie d'Addison. (Président, M. Potain.)

M. du Mouza : Quelques cas de chirurgie conservatrice à l'hôpital maritime de Clermont-Tonnerre (Brest) pendant les années 1880-81-82. (Président, M. Guyon.)

M. Tabard : Historique de la résection des côtes et de ses indications. (Président, M. Guyon.)

M. Castres : Du traitement palliatif du cancer ulcéré du col de l'utérus, et en particulier d'une préparation spéciale d'iodoforme. (Président, M. Guyon.)

M. Simon (Charles) : Des paralysies, névralgies, troubles trophiques et vaso-moteurs survenant sous l'influence de l'intoxication par le gaz oxyde de carbone. (Président, M. Fournier.)

M. Ranguedat ; Des arthropathies dans la syphilis héréditaire. (Président, M. Fournier.)

M. Manchon : De la syphilis cérébrale précoce. (Président, M. Fournier.)

A suivre.

COURRIER

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret du président de la République en date du 20 juillet 1883, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, a été nommé chevalier de l'ordre de la Légion d'honneur, M. le docteur Adhéran, conseiller municipal d'Annonay (Ardèche); en exercice depuis 1870, médaillé pour sa belle conduite à Marseille et à Aix lors de l'épidémie cholérique de 1854.

— Les candidats du concours du clinicat chirurgical ont eu comme sujet de composition écrite : « Le nerf médian; plaies des nerfs »; ceux du concours du clinicat ophthalmologique ont eu pour cette même épreuve à traiter la question suivante : « Troisième paire crânienne, anatomie, paralysie de la troisième paire. »

PRIX. — La « Company of Grocers », à Londres, offre au concours universel un prix de 25,000 francs (1,000 liv. st.) pour la solution du problème suivant :

Découvrir une méthode au moyen de laquelle le virus vaccinal puisse être cultivé dans un milieu indifférent. La méthode doit permettre de multiplier le virus indéfiniment par générations successives, et le produit de chaque génération doit accuser les qualités de la lymphe vaccinale naturelle (autant que le délai accordé en permettra l'épreuve).

Les candidats devront soumettre leurs travaux, en anglais, avant le 31 décembre 1886, et le prix sera décerné aussitôt que possible après cette date. On obtiendra de plus amples informations en s'adressant à : « The Clerk of the Grocers Company (Grocers Hall). » — E. C. (Londres.)

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Tableau clinique de l'hypercoqueluche (1),

Par Henri Roger,

Médecin honoraire de l'hôpital des Enfants.

Comment n'y aurait-il pas anhématosie progressive et asphyxie imminente, alors que la poitrine se vide d'air par des coups multipliés d'expiration forcée; alors qu'il lui en arrive bien peu, par les courtes et rares inspirations qui coupent les saccades de la toux, et qu'il s'en introduit moins encore dans les longues reprises où il y a plutôt occlusion spasmodique des conduits aérifères; alors que le gaz revivifiant n'atteint le poumon qu'à travers des liquides de sécrétion morbide qui l'altèrent et diminuent son action oxygénante?

Aussi, lorsque les quintes excessives se prolongent quarante, soixante, quatre-vingts secondes, on ne peut s'empêcher de craindre que le coquelucheux, au milieu de ces convulsions des organes respiratoires, ne succombe dans un spasme ultime. Une terminaison semblable est pourtant rare, et le péril, quelque imminent qu'il paraisse, n'est pas immédiat tant que ne surgissent point des complications broncho-pulmonaires. L'accès, qui était à son paroxysme, cesse quand, par un suprême effort de toux expiratrice, l'enfant se débarrasse du bouchon muqueux, continuel incitateur des convulsives internes, et qui faisait obstacle à la respiration.

Quel malaise, quelle fatigue après ces quintes! Le coquelucheux retombe épuisé, couvert de sueur; quelques-uns restent accablés, somnolents, et dans un demi-coma asphyxique; chez d'autres, l'agitation nerveuse persiste. Le tumulte du cœur et des organes respiratoires ne se calme qu'après quelques minutes, et ce calme n'est que relatif; les pulsations de 150, 160, 180 (chiffres de la crise en son acmé), redescendent à 130, à 120, et les respirations, montées à 60, 70, 80, s'abaissent à 50, à 40; ces chiffres, bien que réduits, sont toujours ceux de l'état pathologique.

D'ailleurs, le repos du coquelucheux ne sera pas long, et la quinte, avec ses dangers, va se renouveler, trente, quarante, cinquante fois par jour. Les quintes sont parfois si nombreuses, que, l'une à peine finie, l'autre commence; la toux, la fièvre, la dyspnée, seulement amoindries et pour un moment, reprennent avec une intensité nouvelle, de sorte que l'état convulsif est presque continu.

A ces menaces de mort si répétées, le très jeune enfant ne résiste guère. Dès le début de cette coqueluche grave, il était sérieusement atteint; tout de suite absorbé et dans le coma plutôt que dans le repos du sommeil naturel, ou bien, la nuit comme le jour, agité, criant, la mine défaite, grimaçante par la souffrance, la chaleur du corps un peu exagérée, avec tendance au froid des extrémités; le pouls très accéléré, la respiration rapide et anomale; une toux fréquente et courte, suffocante, très humide par intervalles (la bave coulant des lèvres entr'ouvertes), et les saccades terminées souvent par le rejet du lait ingéré; les tetées troublées par cette toux spasmodique, le bébé refusant le sein, le prenant, le lâchant pour le ressaisir avec avidité après vomissement; la prospérité du petit coquelucheux arrêtée, et les trois à quatre cents grammes de poids qu'il avait gagnés en deux semaines, perdus en quatre ou cinq jours.

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 28 juillet.

Que la maladie s'aggrave (et c'est le fait de son évolution normale), que les quintes se développent, qu'elles soient, comme tout à l'heure, fortes et nombreuses, et le frêle organisme de l'enfant, détérioré par la souffrance des douze ou quinze jours de la période catarrhale, sera incapable de soutenir les assauts plus rudes de la période nerveuse. Quand la crise commence, il n'a pas la force (ni l'instinct, comme l'enfant plus âgé) de réagir et de s'aider lui-même, de se dresser, de prendre une posture appropriée, de ralentir quelque peu ou d'activer, selon le besoin, les saccades de la toux, de détacher et d'expulser les mucosités qui le suffoquent. Les quintes en sont prolongées et horriblement pénibles; les secousses se multiplient, irrésistibles; les inspirations sont difficiles, incomplètes, et le sifflement laryngé, au lieu d'être plein et aigu, est bref, étouffé; en un mot, le petit malade est tout à fait impuissant à maîtriser l'accès, et il est livré sans merci aux pires chances de la nature morbide. La face cyanosée, les yeux saillants, la gorge et la bouche encombrées de mucosités visqueuses, il s'agite, éperdu dans tous les sens; ou bien il reste, dans son berceau ou sur les bras de sa nourrice, pâmé et comme asphyxié par strangulation.

Chaque crise semble devoir être la dernière. Le coquelucheux n'échappe aux dangers de la quinte actuelle que pour retomber dans ceux de la suivante; il succombe, on peut dire inévitablement, à la succession des quintes, et la mort survient le plus souvent dans le cours du premier septénaire, par asphyxie directe ou progressive, avant même que la bronchite se soit transformée en bronchiopneumonie.

L'enfant plus âgé oppose plus de résistance, en proportion même des années qu'il compte; et il prolonge son existence pendant dix, quinze et vingt jours. Mais cette courte vie est toute de souffrances; les quintes ne diminuent ni d'intensité ni de nombre; il n'y en a pas moins de trente à quarante dans les vingt-quatre heures, et l'anhématosie fait des progrès rapides. La fièvre est continue, avec une grande accélération du pouls et une chaleur habituelle de 38°,5 et même de 39 degrés (l'élément bronchique inflammatoire étant toujours marqué dans l'hypercoqueluche); il y a des exacerbations vespérales, parfois avec une apparence d'hecticité. La dyspnée est également constante, allant jusqu'à l'apnée durant les crises, et persistant après; la toux ne cesse point, même entre les quintes, et les mucosités rejetées sont souvent purulentes et semblables aux crachats des phthisiques.

Si cette coqueluche n'est pas mortelle plus tôt, c'est que toutes les quintes n'ont pas une intensité égale; c'est qu'en une heure, à un accès terrible en succède un plus bénin, et que, dans les intervalles, la toux peut rester celle de la bronchite commune.

Ajoutons que le petit malade ne se nourrit point; sans faim, comme sans sommeil, vomissant souvent, et, dans certains cas, rejetant presque à chaque accès le peu d'aliments qu'il a ingérés, il maigrit très vite; exténué, ne réparant point, il est sans force et sans défense contre les derniers coups de la maladie.

Les *accidents* qui sont le fait même de la quinte, de sa force et de sa durée, sont naturellement plus fréquents dans ce type exagéré de la coqueluche: les épistaxis, par exemple, qui ajoutent à l'anxiété du tousseur, et, si elles se répètent, à la gravité de la maladie; — l'émission involontaire des urines, qui expose l'enfant aux refroidissements, aux irritations et aux excoriations cutanées des parties inférieures, où siègent souvent les dartres; — la chute du rectum, incident qui effraye plus par son étrangeté que par le danger réel; — les ulcérations sublinguales, qui attestent la violence des quintes avec projection de la langue.

Il va sans dire aussi que cette période de l'hypercoqueluche, où prédominent les éléments complexes de la pyrexie (nervosisme, inflammation,

catarrhe), est aussi celle des *complications*. Que se développent ces complications (qui, exagération extrême des éléments morbides, sont toujours imminentes et presque fatales), et le coqueluchеux va périr de *mort subite*, par convulsion, par accès de suffocation (comme dans le croup, ou dans le spasme de la glotte), ou de *mort plus lente*, par asphyxie graduelle (comme dans la bronchite capillaire ou la pneumonie lobulaire).

Contribution à l'étude du catarrhe intestinal à mucosités membraniformes.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 10 février 1883,

Par le docteur A. Thevenot.

L'expulsion de mucosités concrétées d'apparence membraneuse est un phénomène fréquent, et depuis que le professeur Potain (*Bulletin de la Société anatomique*, 1854) et le docteur Guyot (*Société médicale des hôpitaux*, 1868) ont attiré l'attention sur ces faits, il n'est guère de médecin qui n'ait vu quelques-uns de ses malades lui présenter des lambeaux membraneux gris ou blanchâtres, parfois tubulés et rendus ou isolément ou avec les garde-robes.

Mais tandis que nous considérons ces mucosités concrétées comme un symptôme assez habituel de la constipation, quelques médecins anglais et américains en ont fait une véritable entité morbide, une maladie de la muqueuse intestinale, dont la sécrétion profondément troublée se concrète sur la muqueuse qui vient de la sécréter, et forme un enduit, une couche épaisse et sur une surface assez étendue pour amener des troubles de nutrition, et donner lieu, au moment où cet enduit se détache et est entraîné soit par les matières, soit par les mouvements péristaltiques de l'intestin, à des malaises et parfois à des crises longues et douloureuses. Ils en ont fait une maladie qui a été décrite par Good sous le nom de *diarrhée tubulaire*, par Witehead, sous le nom d'*affection muqueuse*, par Da Costa, sous le nom d'*entérite membraneuse*, par Goss, sous le nom d'*affection membraneuse de l'intestin* (Dr Goss, Francis-W. Sur une affection membraneuse de l'intestin. Boston, *Med. and surg. Journal*, juin 1881); par Powell, le premier qui ait décrit cet état comme une entité morbide, sous le nom d'*affection douloureuse de l'intestin*.

Ce qui caractérise cette maladie, c'est l'expulsion de membranes, parfois tubulées, variant beaucoup de formes, d'étendue, de couleur, expulsion s'accompagnant de malaise et de douleur. Cette maladie est tenace, rebelle à tout traitement, de longue durée, et les femmes qui en sont atteintes, car ce sont presque toujours des femmes, sont obligées de garder la chambre et parfois le lit pendant les semaines et même les mois que dure l'expulsion. Ces malades, qui reviennent rarement à une santé florissante, sont exposées à des rechutes. Les paroxysmes sont parfois précédés, outre le malaise et l'état nerveux, de symptômes fébriles. Quant aux membranes expulsées, le microscope les a toujours montrées formées d'une masse transparente, amorphe, englobant quelques cellules épithéliales, ou sphérique, à différents degrés de développement et de destruction. L'analyse chimique montre qu'il s'agit de mucus ou d'une substance de composition chimique identique. L'addition de l'acide nitrique donne la réaction de la mucine. Suivant que ces lambeaux de mucus excrété sont ou non pigmentés, ils sont blancs ou grisâtres. Chez quelques malades, il semble qu'il y ait une disposition spéciale des muqueuses à sécréter du mucus se concrétant à sa sortie et adhérant à la muqueuse. Dans la deuxième observation de Goss, la malade, en même temps qu'elle expulsait des membranes intestinales, en expulsait aussi par le vagin.

Cette maladie atteint le plus souvent des femmes. Cependant, dans l'observation du docteur Guyot, il s'agit d'un homme; sur les 7 cas de Da Costa,

4 se rapportent à des hommes; Witehead estime que, sur 100 cas, 4 hommes seulement sont atteints. Les quatre sujets sur lesquels j'ai observé ce symptôme étaient des femmes; les deux premières malades observées par moi étaient des religieuses cloîtrées, nettement hystériques.

Que le catarrhe intestinal membraniforme puisse être considéré chez quelques sujets comme une entité morbide, cela ne paraît pas niable, et les faits observés par Powell, Witehead, Da Costa, et surtout par Goss, sont probants; mais, en réalité, le catarrhe membraniforme symptomatique est de beaucoup le plus fréquent. Il n'est pas seulement symptomatique de la constipation, mais d'états morbides assez variés, causant un trouble de la sécrétion de la muqueuse. Ce trouble peut être de courte durée; cette expulsion peut parfois donner lieu à des méprises, à des erreurs singulières.

Dans le fait suivant, il s'agit d'une jeune femme de 25 à 26 ans, qui n'a jamais eu d'attaques de nerfs et qui, quoique légumiste (elle ne mange que des légumes, des fruits et du beurre), jouit d'une excellente santé.

Bien que cette dame soit petite et d'apparence un peu chétive, la digestion et la nutrition se font bien, il y a tous les jours régulièrement une garde-robe. Cette dame accoucha le 10 octobre 1882; l'accouchement fut terminé par une application de forceps. Les suites de couches peuvent être considérées comme physiologiques, bien que j'aie eu à la sonder pendant huit jours et qu'elle souffrît de constipation que les lavements et même les purgatifs avaient quelque peine à vaincre. Cette dame se leva le vingtième jour, elle fit sa première sortie le vingt-sixième. Le lendemain j'étais appelé de nouveau, la malade se plaignait d'une douleur dans le flanc gauche, de continuelles envies d'uriner et d'ardeur en urinant; il y avait en même temps de continuelles envies d'aller à la garde-robe. Le ventre était souple, autant que je pus le constater chez cette personne si exceptionnellement chatouilleuse que je fus obligé de l'endormir par le chloroforme, pour faire, à la fin de la grossesse, le diagnostic de la présentation et de la position. Le rein gauche ne paraissait ni augmenté de volume ni douloureux. Croyant qu'il s'agissait d'une crise de coliques néphrétiques, je fis conserver l'urine avec soin, et il fut convenu que la malade boirait de l'eau de Contrexéville, et comme elle n'était pas allée à la garde-robe dans la journée, qu'un grand lavement huileux serait administré. Cet état dura trois jours pendant lesquels il y eut deux garde-robes provoquées, très abondantes. Ces garde-robes ne firent pas cesser le ténesme anal. Les envies d'uriner continuaient à être aussi fréquentes, toutes les dix minutes parfois plus souvent, excepté pendant la nuit, car la malade reposait quatre ou cinq heures. L'urine conservée ne présenta pas trace de lithiase rénale et, analysée, sa composition était normale. Le quatrième jour le pouls s'éleva à 120 pulsations, la température à 38° 1/2 et le soir à 39°. Il ne pouvait plus être question de lithiase rénale, et bien qu'ayant la certitude qu'aucune inflammation du petit bassin ne pouvait expliquer cette fièvre, je commençais à être fort inquiet, ignorant complètement quelle pouvait être la cause de ces accidents. Le ventre était légèrement ballonné, et la douleur qui était restée bien limitée au côté gauche gagnait la ligne médiane et s'étendait au côté droit. Le sixième jour, à partir du début des accidents, cette dame rendit à plusieurs reprises des lambeaux membraneux; les accidents continuaient, lorsqu'enfin dans la soirée, elle expulsa une membrane tubulée de 35 centimètres de long. A l'instant le malaise et la douleur cessèrent, il n'y eut plus ni envie d'uriner ni ténesme anal. Le pouls et la température redevinrent physiologiques; dès le lendemain, cette dame reprenait ses occupations et ses habitudes, et depuis cette époque, sa santé n'a cessé d'être excellente.

Il ne paraît guère douteux que cette couche de mucus concrété se soit formée pendant les suites de couches, alors que la constipation due au sé-

jour au lit, exigeait l'emploi de moyens artificiels pour obtenir des garde-robes; et il est intéressant de noter que quelques jours, je ne dirai pas de constipation, mais de fonctions un peu troublées par le séjour au lit, suffirent pour modifier la sécrétion de l'intestin, et donner lieu à la formation du catarrhe membraniforme. Dans la lithiase rénale les réflexes intestinaux sont on peut dire constants, il y a fréquemment des envies d'aller à la garde-robe, quelque fois même de la diarrhée; dans le fait que nous venons de relater, les réflexes urinaires étaient tellement prononcées qu'ils ont en quelque sorte masqué les symptômes intestinaux et nous ont fait croire, jusqu'à l'apparition de la fièvre, à une crise de colique néphrétique. Une autre particularité assez curieuse c'est l'apparition de symptômes franchement fébriles au moment de l'expulsion des membranes. Le fait avait été plusieurs fois noté dans la maladie primitive, alors que l'expulsion dure parfois des semaines, on pouvait l'attribuer aux troubles parfois sérieux de nutrition qui accompagnent cette élimination. Le fait précédent montre que l'expulsion d'une seule membrane suffit pour développer l'appareil fébrile. Il n'y a dans ce fait à aucun moment rien qui ressemble à une occlusion de l'intestin, mais on s'explique que quand la couche de mucus concrété est épaisse, qu'elle ne se fragmente pas, au moment où elle se détache, poussée vers la partie inférieure ou par des matières, ou par les mouvements péristaltiques, elle peut s'y invaginer et causer des symptômes d'obstruction. C'est probablement ce qui s'est passé dans le fait rapporté par le docteur Guyot.

Dans notre fait, enfin, la formation et l'expulsion des mucosités concrétées sont dues à un trouble passager des fonctions intestinales, et le retour à la santé s'est effectué avec la même rapidité. Dans le fait suivant le catarrhe membraniforme, secondaire aussi, est dû à une maladie chonique, à un rétrécissement intestinal d'une allure d'ailleurs assez insolite.

Mme X..., âgée de 34 ans, n'a rien noté de particulier du côté des fonctions intestinales jusqu'en 1875. Etant devenue grosse pour la cinquième fois, elle fut prise, à partir du quatrième mois, d'hémorrhagies intestinales menaçantes pour l'existence même, et dont elle ne put guérir qu'en se mettant, pendant les derniers mois de la grossesse, à une diète lactée rigoureuse.

Le douzième jour qui suivit l'accouchement, elle fut atteinte d'une *phlegmasia alba dolens* du membre abdominal droit, dont elle ne se remit que très lentement. Six mois plus tard, dans un séjour qu'elle fit à Lima, elle remarqua pour la première fois que les garde-robes étaient recouvertes de glaires et d'une quantité de membranes blanchâtres. Le calibre du boudin fécal est comparé par elle à celui d'une bougie. En 1878, elle revint à Paris. Elle se plaignait alors de vives douleurs après chaque garde-robes, douleurs qui s'exaspéraient pendant deux ou trois heures. La dilatation forcée mit fin à ces douleurs, et le mieux persista jusqu'en janvier 1879. Vers la fin d'une nouvelle grossesse, elle nota que le calibre du boudin fécal avait diminué de moitié, que les garde-robes étaient quelquefois rubanées ; elle commença à souffrir d'une douleur persistante dans le flanc droit. Depuis cette époque, elle ne peut guère aller à la garde-robe qu'en s'asseyant dans un baquet d'eau froide ; elle n'éprouve jamais le besoin d'aller à la garde-robe, elle s'y présente tous les jours parfois deux fois et toujours avec un résultat ; elle n'a pas la sensation du passage du bol fécal, ce qui s'explique sans doute par une chute de la muqueuse dans une hauteur de 5 à 6 centimètres, le calibre du boudin fécal varie de la grosseur du petit doigt à celui d'un crayon. Depuis 1879, elle rend tous les jours des mucosités épaisses et des membranes blanchâtres. Par deux fois elle rendit des membranes tubulées ; la première fois en 1879, quelques jours après l'accouchement, une de ces membranes tubulées avait 6 centimètres de long ; la seconde fois en 1881, à la suite d'un avortement à trois mois, elle expulsa une masse de membranes tubulées, qu'elle compare (comparaison plusieurs fois faite

par les malades) à un plat d'énormes macaronis. L'expulsion dans le deuxième cas ne s'est accompagnée d'aucun malaise, d'aucune douleur. On voit par ce fait et par l'observation précédente l'influence de la grossesse sur les formations membraneuses.

Le calibre des garde-robes est fort variable ; il varie sous l'influence du climat, de l'hydrothérapie, des alcalins. D'une façon générale, tout ce qui favorise la nutrition augmente le calibre du bol fécal et fait diminuer ou supprime l'expulsion des membranes. C'est ce fait qui a fait penser à plusieurs médecins qu'il ne s'agissait pas là d'un rétrécissement organique et il est certain que la marche et l'allure en sont bizarres, mais il faut bien tenir compte chez les femmes nerveuses de l'influence et du spasme et de la congestion; certains rétrécissements de l'urèthre présentent les mêmes phénomènes. La seule hypothèse admissible est une diminution du calibre de l'intestin siégeant dans la dernière partie de l'S iliaque ; s'il en était autrement, si le rétrécissement siégeait plus haut sur le colon, le boudin fécal pourrait reprendre son volume ordinaire.

Quoi qu'il en soit, nous ne trouvons là ni l'allure ni la marche du spasme de l'intestin, de l'*ileus nerveux* qui a été nié à tort, qui est une réalité, qui est surabondamment démontré par la remarquable observation du professeur Jaccoud (*Traité de pathologie interne*, t. II, p. 271). La malade de M. Jaccoud, atteinte d'hystérie convulsive, fut prise d'une constipation complète, et elle vomit pendant huit jours non pas des matières fécaloïdes, mais de véritables excréments condensés, solides, cylindriques, de couleur brune, d'odeur normale. Puis, tout rentra dans l'ordre. Dix jours plus tard, cette malade, prise de fièvre typhoïde grave, mourut, et à l'autopsie on ne trouva rien qui pût expliquer cette occlusion complète, et la valvule iléo-cœcale avait sa dimension et sa disposition ordinaires. Des faits d'une telle netteté, d'une telle précision sont rares; mais je ne serais pas éloigné de croire que le spasme joue un certain rôle dans ces accidents de constipation, et le fait suivant en est un exemple.

Il s'agit d'une dame de 35 ans qui m'était adressée de Caracas, où elle habitait depuis plusieurs années, par mon ami le docteur Dubreuil.

Cette malade était depuis plusieurs années sujette tous les deux mois à de véritables crises de constipation, constipation complète que rien ne pouvait d'abord vaincre, et qui, à partir du sixième ou septième jour, provoquait des vomissements d'abord bilieux, puis bientôt franchement fécaloïdes. Dans l'intervalle des crises, le ventre restait volumineux, ballonné. Les intestins étaient distendus par des gaz et par des liquides; ces liquides et ces gaz, mis en mouvement par la contraction péristaltique, donnaient lieu à des bruits continuels et d'une telle sonorité, qu'ils gênaient la malade et parfois l'éveillaient en sursaut.

Bien que cette dame n'ait jamais eu d'attaque de nerfs, le docteur Dubreuil pensait qu'il s'agissait d'une pneumatose hystériforme. A son arrivée à Paris, en 1881, elle avait eu depuis le début de sa maladie, qui remontait à quatre années, une trentaine de ces crises de constipation.

Une nouvelle crise se manifesta peu de jours après son arrivée à Paris, malgré les moyens qu'elle employait pour l'éviter, et cette nouvelle crise dura vingt-trois jours. A partir du cinquième jour, les vomissements furent incessants, ce qui rendait difficile ou impossible l'administration des purgatifs. Quant aux lavements, j'injectai dans le gros intestin, à plusieurs reprises, jusqu'à 4 et 5 litres d'eau; ils revenaient sans entraîner avec eux de matières; le gros intestin était vide; l'obstacle qui s'opposait au cours des matières, quel qu'il fût d'ailleurs, paraissait avoir pour siège la terminaison de l'intestin grêle. Cet état s'accompagnait de frissons et de crampes extrêmement douloureuses. Enfin, le vingt-troisième jour au soir, alors que l'on était prêt à intervenir chirurgicalement, la débâcle eut lieu; il y eut onze garde-robes dans la nuit.

C'était là la physionomie habituelle de ces crises qui se terminaient en général du quinzième au dix-huitième jour ; pour la première fois, la constipation avait duré vingt-trois jours. Cette malade fut examinée par le professeur Bouchard et par M. Reliquet; tous deux inclinaient à penser qu'il s'agissait d'un rétrécissement siégeant soit sur la fin de l'intestin grêle, soit sur le côlon ascendant. Cette opinion est très défendable; cependant, si l'on tient compte de ce fait que depuis le début de sa maladie elle eut des périodes de sept et huit jours où elle allait tous les jours régulièrement à la garde-robe; qu'en 1881, après un séjour qu'elle fit à Châtel-Guyon où elle eut constamment de la diarrhée, après un autre séjour à Plombières d'où elle revint avec le ventre très petit, souple, les borborygmes ayant disparu, elle eut une dernière crise après laquelle elle passa près d'une année en France, puis à Caracas, les fonctions intestinales s'accomplissent régulièrement. Quand on suit avec attention cette marche si peu en rapport avec un obstacle mécanique, on se prend à admettre plus volontiers une névrose intestinale avec spasmes, ce qu'on appelait autrefois *iléus nerveux*.

Quoi qu'il en soit et quelle que soit l'opinion qu'on s'en fasse, ces faits demandent à être étudiés de nouveau, et c'est ce qui excuse cette digression.

Je me garderai, en terminant, de formuler des conclusions.

L'histoire du catarrhe à mucosités membraniformes n'est pas faite, et nous sommes à cette période où il faut recueillir encore et publier des faits. Il semble, dès maintenant, qu'on peut décrire un catarrhe membraniforme primitif et un catarrhe secondaire. Ce dernier, qui est accepté par tout le monde et ne peut laisser place à aucun doute, s'il est le plus souvent symptomatique de la constipation chez des femmes nerveuses, est aussi assez fréquemment le signe d'autres maladies intestinales et parfois de troubles passagers de l'intestin; c'est ce dernier point sur lequel j'ai voulu attirer l'attention.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

Égypte. — Le 26 juillet, le nombre des décès cholériques était de 569, dont 320 au Caire, 9 au Barrage, 3 à Benha, 7 à Zifta et 9 dans l'armée anglaise.

Le 27 juillet, on a constaté 532 décès cholériques, dont 293 au Caire, 239 dans le Delta, 132 à Chirbine-el-Kom, 37 à Mimet-el-Gem, 9 à Zagazig, 12 à Zifta, 29 à Tantah, 4 à Belbeis et 16 à Ismaïlia, dont 4 soldats anglais.

On comptait encore 5 décès à Hadra, village qui touche à Alexandrie par le faubourg de Moharrem-Bey. Les deux foyers de contagion les plus intenses sont le Caire et Chirbine-el-Kom. Dans cette petite ville de 8,500 habitants, le nombre des victimes s'est élevé à 893 en quinze jours, soit 1 décès sur 10 habitants. A Tantah et à Mehallet-el-Kébir, l'épidémie sévit aussi avec violence.

Elle augmente à Zagazig, dans le Galoubieh et le Garbieh. On signale son apparition à Bilbeis, aux confins du désert de Suez, et à Minet-el-Gem, non loin du canal maritime. Ce sont les troupes anglaises qui ont importé le choléra dans l'isthme, à Suez et à Ismaïlia, où on compte 16 décès. Le nombre total des cas de mort parmi ces troupes était de 37 soldats et 2 officiers jusqu'au 27 juillet.

Pour 38 villes et villages d'une population supérieure à 2,000 habitants, la mortalité totale est de 9,306 décès cholériques, dont 3,139 survenus au Caire, depuis cinq semaines, c'est-à-dire depuis le début de l'épidémie. Ces chiffres sont incomplets, parce qu'ils émanent de l'administration égyptienne, toujours muette sur un grand nombre de cas, comme le témoignent les télégrammes expédiés en Europe.

Le 28 juillet, il y a eu 84 décès à Mehallet-el-Kébir, 71 à Chirbine-el-Kom, 46 à Tantah, 14 à Zagazig, 1 à Rosette, 5 à Alexandrie et 330 au Caire; mais, dans ce chiffre, on n'a pas tenu compte des décès des hôpitaux; enfin, on a constaté 126 décès dans les provinces où le choléra fait de grands ravages, dans les bourgs de Mitt-Ganir, Dongai, Simbellowen, Kafr-Badomon, Kelm, Monouf, Mehalla, Dafra, El-Schin.

A *Beyrouth*, on signale 2 cas de choléra parmi les réfugiés venus d'Egypte.

Europe : Le 27 juillet, on signalait 2 décès cholériques à *Londres* et 1 à Remington où un valet d'écurie serait mort en deux heures.

En tout cas, la nature asiatique de l'épidémie est loin d'être nettement établie et les décès constatés paraissent causés par le choléra sporadique. C'est du moins ce qui résulte des déclarations faites à la Chambre des communes par le ministre anglais.

En *Russie*, un décret étend aux ports da la mer Baltique les prescriptions quarantainaires appliquées déjà dans les autres ports. Une dépêche du 28 juillet signale quelques cas de choléra à Rostow sur le Don; mais la nature asiatique de la maladie n'est pas établie.

A *Marseille*, la municipalité a institué une commission de douze membres ayant mission de prendre les mesures pour combattre le choléra, au cas où il apparaîtrait à Marseille. Aucun malade ne serait transporté dans les hôpitaux, mais on créerait des baraquement en bois, contenant chacun quinze lits. On demande à l'autorité militaire de prendre les mêmes mesures. — C. E.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le projet de loi sur l'exercice de la pharmacie et le rapport de M. Naquet.

Suite. — (Voir le numéro du 21 juillet.)

C'est ici que la Commission consacre législativement un vœu émis avec raison par quiconque prend souci des intérêts moraux et professionnels du corps médical, et des intérêts des malades contre les exploitations dont ils sont victimes.

Art. VII. — Toute association entre un pharmacien et un médecin ou un vétérinaire, dans le but d'exploiter une officine ou de vendre un médicament quelconque, toute convention par laquelle un médecin ou un vétérinaire retirerait quelque gain ou profit sur le prix des médicaments vendus par le pharmacien, toute entente entre lesdites personnes sont formellement prohibées.

Est également prohibé l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie même aux personnes qui seraient pourvues du double diplôme, sauf l'exception prévue à l'article suivant.

Art. VIII. — En cas de péril urgent, et aussi dans tous les cas où il n'y a pas de pharmacien ayant officine ouverte à une distance de 6 kilomètres du domicile du malade, les médecins peuvent fournir des médicaments à leurs clients, mais sans avoir le droit de tenir officine ouverte.

La même exception sera applicable aux vétérinaires dans les mêmes conditions.

C'est là un réel progrès sur la législation de Germinal qui était muette sur ce point. Mais ces dispositions, qui intéressent à la fois la médecine et la pharmacie, ne démontrent-elles pas l'urgence d'une codification totale de la législation de l'art de guérir? Voilà une loi partielle qui concerne la pharmacie seule, et à son propos on doit s'occuper des rapports de la pharmacie avec la médecine! Comment M. Naquet a-t-il motivé cette sage mesure? « Il est, dit-il, toujours mauvais de placer un homme entre son intérêt et sa « conscience, et le médecin qui cumulera avec la profession médicale, la profession « pharmaceutique aura toujours intérêt à vendre aux malades des médicaments dont « ceux-ci n'auront nul besoin. Il pourra même, abusant de la crédulité publique, abaisser « le prix de ses consultations ou le supprimer tout à fait et faire ainsi vis-à-vis de ses con« frères acte de concurrence déloyale. » N'en serait-il pas ainsi? Le médecin serait encore soupçonné au grand détriment de sa dignité. Il est donc utile de mettre en demeure « les médecins qui sont en même temps pharmaciens d'opter entre la profession médicale et la profession pharmaceutique en leur interdisant l'exercice des deux à la fois. »

Les mêmes raisons s'appliquent à l'association entre un médecin et un pharmacien en vue de vendre certains médicaments; nous espérons que cet article armera suffisamment les tribunaux.

D'après cet article, un médecin résidant à 6 kilomètres de toute officine ouverte pourra distribuer des médicaments à ses malades. Cette distance peut paraître excessive dans les pays dépourvus de voies de communication; en tout cas, elle a été indiquée unanimement par les auteurs des divers projets.

Ici, du moins, la commission aurait dû, il me semble, examiner la question de la délivrance de médicaments par certains médecins qui les portent avec eux chez leurs malades. Voilà qu'on défend au praticien rural de donner des médicaments à ses clients résidant à moins de six kilomètres de toute officine, et on tolère un médecin urbain *granulopathe* portant ses tubes avec sa personne et les débitant aux malades! Il ne les

fait pas payer, dit-on. Allons donc, la *granulothérapie* gratuite est encore à décréter. Le *granulopathe* continuera, il y a lieu de le craindre, à se faire *granulophore !*

Voici un autre article de loi qui sera certainement l'origine d'abus.

Art. IX. — Toute substance constituant un médicament simple ou composé, sous quelque forme que ce soit, peut, sauf l'exception prévue par l'article suivant, être librement délivrée par le pharmacien avec son étiquette et sous sa responsabilité, sur la demande expresse de l'acheteur, et ce sans qu'il puisse être dérogé aux lois sur l'exercice illégal de la médecine.

Le médicament ainsi vendu devra porter sur l'étiquette le nom et la dose de la substance ou des substances actives qui en forment la base.

Ces dispositions légales ne s'appliquent ni aux préparations magistrales ni à celles du Codex. On nous les présente comme un acheminement vers la liberté future et complète de la pharmacie. Soit ; mais, en attendant, elles facilitent singulièrement l'exercice illégal de la médecine.

A cette question, se rattachait celle des spécialités. Les interdire eût été une erreur; en empêcher l'annonce dans les journaux, une illusion; la réclame aurait trouvé une autre forme de publicité. La Commission a eu le bon esprit de le comprendre et de ne pas écouter leurs féroces abolitionnistes. La haine de la spécialité les conduisait à l'abolition de la liberté de la presse. Les spécialités auront donc le droit d'exister au même titre que les médicaments du Codex, mais à la condition de porter sur l'étiquette du flacon ou de la boîte, le nom et la dose des principes actifs. — De plus, une étiquette orange, avec la mention *Dangereux*, indiquera la nature toxique du médicament.

D'après l'art. XI, nul autre que les pharmaciens et les personnes dûment autorisées, ne peut vendre des préparations simples ou composées, non plus qu'en annoncer la vente par la voie des journaux, brochures, prospectus ou autrement. — Toutefois (art XII), on peut vendre librement les médicaments simples d'un usage courant, d'une manipulation et d'une administration sans danger et dont la nomenclature sera insérée au Codex. Des beaux jours se préparent donc pour l'épicerie ou la parfumerie et nous ne doutons pas que nos grands établissements de nouveautés n'en profitent à leur tour. A côté du buffet, nos belles dames trouveront un *bar* de santé! Encore un pas et on y réservera des cabinets pour les médecins consultants, à l'instar des établissements thermaux: ce sera le comble de la commodité et de la médecine au rabais !

Le commerce de la droguerie (art. XIII) reste absolument libre; les herboristes sont supprimés (art. XIV). La commission avait proposé la suppression de l'inspection des pharmacies; mais le ministre a réclamé. Elle est donc maintenue et désormais sera exercée par un ou plusieurs pharmaciens (art. XV). De l'adjonction de médecins à cette commission, il n'en est pas question, on les met dehors de cet inspectorat; étrange garantie pour les intérêts sanitaires, surtout quand il s'agira de constater l'exercice illégal de la médecine par des pharmaciens ?

Espérons que nos confrères du Parlement feront acte de vie, ne fût-ce qu'une fois, pour réintégrer l'élément médical dans ces inspections où il a sa place si légitimement marquée.

L'article XVI fera peut-être cesser des abus par trop scandaleux et trop fréquent, surtout dans nos provinces de l'ouest. Il autorise bien les hôpitaux, les établissements publics, les *communautés religieuses ou laïques*, les sociétés de secours mutuels, commerciales et industrielles, à posséder leur pharmacie privée, à condition de la faire gérer par un pharmacien. La sœur converse porte-pilon aura donc fait son temps dans les communautés religieuses ! De plus la vente et la distribution des drogues au dehors, leur sont interdites. Espérons donc que ces communautés religieuses cesseront d'être, comme aujourd'hui en 1883, l'objet de subventions municipales, pour *saignare, purgare et clysterium donare;* aux béats habitants de certaines de nos communes de l'Ouest. Employer le budget communal à subventionner l'exercice illégal, c'est là un comble que la loi nouvelle prévoit peut-être, mais qui, en tout cas, existe impunément en l'année 1883 !

Quant aux communautés laïques, je me demande quelles elles sont? Le jour où les Mormons viendront coloniser la France, ces dispositions légales trouveront peut-être leur application, car il faudra bien pour le moins un pharmacien pour les trois cents femmes du couvent conjugal du Grand Prophète !

L'édition décennale du Codex (art. XVII) est conservée; seulement, chaque année, s'il y a lieu, la commission permanente du Codex publiera un fascicule. Les articles XIX, XX et XXI étendent cette loi aux colonies, abrogent celle qui existe et prescrivent la promulgation d'un règlement d'administration publique portant revision de l'ordonnance de 1846 et du décret de 1850.

Quelle sera la sanction de cette réglementation?

Art. XVIII. — Toute infraction aux dispositions de la présente loi sera punie d'une amende de 16 francs à 3,000 francs, et ce sans préjudice des pénalités de droit commun en cas de crime ou de délit. L'article 463 du Code pénal sera applicable dans tous les cas.

Cette pénalité donne aux tribunaux une grande latitude d'appréciation. Cependant, à côté de la répression judiciaire, on peut se demander si l'organisation de chambres de discipline n'aurait pas été utile au point de vue de la prévention des délits. La Commission s'y oppose, parce que « les chambres de discipline qui existent encore sont des vestiges des anciennes corporations tombées sous la Révolution; on peut les conserver « par respect pour des coutumes séculaires. On ne saurait en créer de nouvelles. » C'est là une question grave, qui intéresse la dignité professionnelle. Elle méritait assurément une condamnation moins sommaire et moins radicale. On peut être libéral, et même républicain, et ne pas accepter le rejet d'une proposition, parce qu'elle rappelle de loin des corporations tombées sous la Révolution. Les corporations avaient leur gloire et leur abus. Ne peut-on donc pas hériter de la première et éviter les seconds?

En résumé, la loi actuelle, si elle était adoptée par le Parlement, aurait pour effet la suppression du grade de pharmacien de deuxième classe et des herboristes, une demi-liberté du commerce des médicaments, et l'obligation pour les pharmaciens étrangers de posséder un diplôme français.

Mais voyez une fatalité à ne pas suivre la voix de la raison et de la logique. Tout se tient en médecine! Le projet n'avait-il pas un peu pour objet de créer l'autonomie de la pharmacie vis-à-vis de la médecine? Aussi on a soin de mettre les médecins hors des commissions d'inspection. Cette séparation de corps et de biens, nécessaire, loyale, légitime dans l'exercice professionnel, n'avait pas sa raison d'être dans la préparation des règlements. Au lieu d'une séparation de corps, on a voulu, au point de vue juridique, faire un divorce! Or, M. Naquet lui-même, devenu le père adoptif de ce divorce, comme de tous les divorces, ne peut, dans son rapport, s'empêcher de verser une petite larme de pitié ou de regret sur l'absence d'une codification harmonieuse de toute la réglementation de l'art de guérir.

Il n'en eût peut-être pas été ainsi avec une commission composée d'un plus grand nombre d'hommes compétents. A côté de MM. Truelle, président, Antonin Dubost, Bouchet, Lenient, Compayré, Pradet-Balade, Letellier, on lit bien les noms de trois de nos confrères, MM. Naquet, Lacote, Frery, et celui d'un pharmacien, M. Cadet. Les autres sont des industriels, des avocats, des professeurs en Sorbonne, très honorables sans doute. Leur omniscience ne va pas cependant jusqu'à connaître des choses de la médecine, la colombe de l'esprit parlementaire saint ou laïque, peu m'importe, fût-elle descendue sur leur tête et leur eût-elle touché le front de l'aile!

Nos confrères étaient donc quatre contre dix; proportionnellement, un de plus que les combattants de la tragédie de Corneille; chacun d'eux, eût-il été un Horace, au visage et au costume près, cela s'entend, avait devant lui trois Curiaces. Que vouliez-vous qu'il fît? Qu'il mourût! disait le poète; qu'il se tût! répondit l'écho du Palais-Bourbon; qu'il acceptât une loi boiteuse? Cet avis est celui de M. Naquet.

D'ici au jour de la discussion publique, nos confrères du Parlement pourront préparer des amendements et cultiver les fleurs si rares de leur rhétorique! Les Malgaches ou Chinois panachés leur auront fait passer le temps; les Pavillons-Noirs auront même disparu que la session et la législature finiront avant cette mise à l'ordre du jour. Nous avons lieu de le craindre. Puisse la Commission n'avoir pas été une Commission d'enterrement parlementaire du projet de loi sur l'exercice de la pharmacie! Ch. Éloy.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 juillet. — Présidence de M. Guéniot.

Sommaire. — Présentation. — Rapport sur un travail intitulé : De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme; discussion. — Rapport sur un travail intitulé : Epanchement sanguin dans la cavité de Retzius par suite de la rupture des muscles de la paroi abdominale; discussion. — Présentation de malade et de pièce pathologique : Amputation scapulo-thoracique pour un enchondrome de l'extrémité supérieure de l'humérus. — Présentation de malade : Kyste dermoïde de la région temporale chez un enfant.

M. Verneuil présente, au nom de M. le docteur Chrétien, une observation de plaie du

nerf médian avec retour rapide du mouvement dans les muscles desservis par ce nerf. (Com. M. Richelot.)

— M. Monod lit un rapport sur un travail de M. le docteur Bazy, intitulé : *De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme.*

Le travail de M. Bazy a eu pour point de départ une observation de tentative d'extraction d'une tumeur intra-vésicale faite par l'auteur sur un individu de 47 ans qui présentait depuis plusieurs mois les signes fonctionnels d'un néoplasme vésical: douleurs incessantes, envies fréquentes d'uriner, hématuries, etc. Le toucher rectal uni au palper hypogastrique, et le cathétérisme de la vessie permirent de reconnaître la présence dans la vessie d'une tumeur du volume d'une petite orange; d'ailleurs la prostate était normale, le rectum sain et mobile sur la tumeur, et il n'existait pas d'altération rénale au moment de l'opération.

Celle-ci fut pratiquée par M. Bazy, sur l'avis conforme de M. le professeur Guyon et de M. Monod, au moyen d'une incision comme pour la taille hypogastrique, en s'aidant du ballon rectal de Pétersen.

L'idée de l'opérateur était de faire une opération curative dans le cas où il ne rencontrerait pas d'obstacle à l'extirpation de la tumeur. Mais le siège et l'étendue de la base d'implantation du néoplasme, sessile au niveau du bas-fond de la vessie, le déterminèrent à renoncer à cette idée, non sans avoir cependant enlevé une portion de la tumeur à l'aide du serre-nœud de M. Péan.

Les suites de l'opération furent très simples; la plaie se réunit par première intention, sauf à la partie inférieure où s'établit une fistule vésicale.

Le résultat immédiat de l'opération fut la suppression des souffrances si vives éprouvées par le malade qui vécut encore quelques mois; il s'éteignit sans souffrance, après avoir présenté vers la fin des symptômes de pyélo-néphrite; il succomba non par la vessie, mais par les reins.

Frappé du soulagement qu'avait obtenu le malade et du service réel que l'opération lui avait rendu en somme par la suppression des douleurs, des envies fréquentes d'uriner, des hématuries, M. Bazy s'est demandé s'il n'y aurait pas lieu de généraliser cette manière de faire et de pratiquer la cystotomie hypogastrique dans tous les cas de cancer de la vessie qui s'accompagnent de douleurs vives, de ténesme vésical, d'hématuries, en un mot de tous les symptômes si pénibles qui rendent la vie intolérable aux malheureux malades. On imiterait ainsi la conduite des chirurgiens qui, dans les cas de cancer du rectum, pratiquent l'entérotomie lombaire, ou qui font la trachéotomie pour le cancer du larynx.

La littérature médicale est pauvre en observations d'opérations de ce genre; les opérations de Dupuytren, de Civiale, de Leroy (d'Etiolles), par la voie uréthrale, ont été faites par des procédés peu susceptibles d'entrer dans la pratique courante.

Billroth, le premier, en 1871, et, après lui, Volkmann, Kocher et Thompson ont tenté d'extirper des tumeurs vésicales (myomes, cancers papillaires), au moyen de tenettes introduites par une boutonnière périnéale. Les observations de Thompson sont au nombre de cinq. Il existe en tout, dans la science, en comptant l'opération de M. Bazy, 11 faits d'ablation de tumeurs de la vessie; dans ce nombre, on compte 9 guérisons et 2 morts. Mais cela ne veut pas dire que 9 malades sur 11 ont été réellement et définitivement guéris; cela veut dire simplement que les malades n'ont pas succombé à l'opération. Ils sont morts après un temps plus ou moins long, à la suite de l'opération, ou ils n'ont pas été suivis ultérieurement; deux fois, cependant, les résultats ont été réellement favorables.

Les différences dans les résultats des opérations s'expliquent par les conditions diverses inhérentes soit à la nature de la tumeur (myomes, cancers, polypes), soit à son mode d'implantation (pédiculées ou sessiles), soit à l'âge des opérés (enfants, adultes, vieillards).

La première condition de l'intervention chirurgicale, dans les cas de tumeur vésicale, est un diagnostic posé avec le plus grand soin d'après les renseignements donnés par le toucher rectal combiné avec le palper hypogastrique, et par l'exploration à l'aide du cathéter introduit dans la vessie. L'exploration digitale directe n'est permise que lorsque la gravité des symptômes commande l'opération et que le chirurgien est décidé à intervenir en vertu de ces conditions graves de l'état du malade. Cette exploration digitale peut se faire par la voie périnéale (boutonnière) ou par la voie hypogastrique. M. Bazy donne la préférence à cette dernière, qui aurait l'avantage de permettre de faire complètement l'opération, si elle était indiquée. Dans ce dernier cas, si le chirurgien se décide à pratiquer l'ablation, il doit, suivant M. le rapporteur, la faire complète ou ne

pas la faire. Que s'il n'est pas possible de pratiquer une opération radicale, il vaut mieux se borner à établir une simple fistule.

L'opération curative convient aux tumeurs pédiculées, quelle qu'en soit la nature, et aux tumeurs bénignes pédiculées ou non ; elle est contre-indiquée dans les cas de généralisation, d'adhérence de la tumeur aux organes voisins, de néoplasme diffus et d'altération notable des reins. L'opération palliative a pour but de remédier à certains symptômes auxquels la maladie emprunte toute sa gravité : hématurie, ténesme vésical, douleurs violentes accompagnant ou suivant la miction. L'opération palliative qui consiste dans l'établissement d'une simple fistule vésicale, est l'analogue de l'anus contre nature dans les cas de cancer du rectum. Dans tous les cas, il convient d'intervenir de très bonne heure, une fois le diagnostic posé.

Quant au manuel opératoire et à la voie à choisir de préférence, M. le rapporteur se prononce, comme M. Bazy, pour la voie hypogastrique, laquelle donne du jour et permet mieux au chirurgien d'avoir la tumeur sous les yeux.

En somme, cette opération n'a pas la gravité que l'on pourrait supposer de prime abord; elle s'accompagne rarement de péritonite, d'hémorrhagie, d'infiltration d'urine. M. Monod laisse, d'ailleurs, aux chirurgiens allemands, qui ont proposé l'extraction complète de la vessie, comme celle de l'utérus, la responsabilité d'une pareille opération qui ne doit pas, dit-il, être pratiquée par un chirurgien prudent. Il n'admet comme acceptable que la résection partielle peu étendue, dans les cas de tumeur située sur la paroi supérieure ou les parois latérales de la vessie.

M. le rapporteur termine en proposant : 1° d'adresser à l'auteur une lettre de remercîment pour son excellent travail; 2° de déposer honorablement son mémoire dans les archives de la Société. (Accepté.)

M. Desprès ne pense pas que l'opération proposée par M. Bazy puisse être adoptée par les chirurgiens pour les cas de cancer de la vessie; il admet que l'on opère les polypes de la vessie, mais non pas le cancer dont le diagnostic est d'ailleurs fort difficile. Quant à la création d'une fistule vésicale, ou opération palliative, elle est entrée depuis huit cents ans dans la pratique courante depuis qu'Avicenne a proposé la boutonnière périnéale dans le but de remédier à la cystalgie.

M. Verneuil dit qu'il serait regrettable que le très remarquable rapport de M. Monod sur le très remarquable mémoire de M. Bazy, passât inaperçu. Il n'existe pas, à sa connaissance, de travail dans lequel le traitement chirurgical, curatif et palliatif, du cancer de la vessie, ait été ainsi exposé dans son ensemble. Pour lui, ce qui le frappe le plus dans ce travail, c'est la possibilité de remédier aux horribles souffrances et au ténesme des malades atteints de cancer de la vessie, par la simple incision de cet organe, de même que l'on supprime les douleurs atroces et le ténesme des malades atteints de cancer du rectum, en pratiquant dans la région de l'S iliaque du côlon, un anus contre nature. M. Verneuil a vu des malades qui étaient tourmentés par des besoins incessants d'aller à la garde-robe, être débarrassés, comme par enchantement, de ce ténesme anal dès qu'une ouverture artificielle a été pratiquée au-dessus de l'obstacle au cours des matières.

Sans doute le but de M. Bazy semble avoir été surtout d'attaquer directement les tumeurs intra-vésicales au moyen d'une opération curative dans les cas où la tumeur serait un polype, un néoplasme susceptible d'être extirpé; mais M. Verneuil serait disposé à donner le pas à l'opération palliative sur l'opération curative dans l'immense majorité des cas. En effet, les opérations prétendues curatives pratiquées pour les fongus de la vessie sont suivies de récidives presque constantes au bout d'un temps plus ou moins court, quand elles n'amènent pas directement la mort des malades, ce qui arrive très souvent. Il serait infiniment moins grave, à son avis, de pratiquer, dans ces cas, une simple ouverture de la vessie, comme on pratique l'ouverture de l'S iliaque pour l'épithélioma du rectum. Si les faits répondaient aux espérances que permet de concevoir l'exemple du malade opéré par M. Bazy, on aurait rendu aux malades atteints de cancer de la vessie, un signalé service. M. Verneuil serait disposé à prendre tout à fait en considération l'idée d'appliquer au cancer de la vessie un procédé opératoire calqué sur celui qui est appliqué au cancer du rectum, analogue encore à celui dont M. le docteur Galliet a entretenu le dernier Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, et relatif au traitement du cancer de la prostate par la taille prostatique pratiquée dans le seul but d'inciser la vessie et de diminuer ainsi les douleurs éprouvées par les malades; des résultats dignes d'attention auraient été obtenus par cette dernière opération,

M. Marchand a donné des soins à une jeune fille de 21 ans, tourmentée depuis deux

ans par des douleurs extrêmement vives de la vessie où existait une tumeur accessible par la paroi vaginale. Il voulut se rendre compte de la nature et du siège précis de la tumeur au moyen de la dilatation de l'urèthre et de l'introduction du doigt dans la vessie par le canal. L'indicateur introduit dans la cavité vésicale permit de constater que la tumeur était située dans la paroi vésicale antérieure, dans l'*épaisseur de laquelle* elle était comme encastrée ; M. Marchand recula devant l'idée d'une opération, et il doute qu'elle eût été praticable dans le cas dont il s'agit.

M. MONOD trouve, comme M. Desprès, que le diagnostic des tumeurs de la vessie est entouré de très grandes difficultés ; aussi a-t-il mis en première ligne, au point de vue des indications de l'intervention chirurgicale, les signes fonctionnels. Dans quelques cas seulement il est possible de se décider d'après les notions tirées de l'exploration de la tumeur elle-même.

M. Marc SÉE croit que le grattage, dans certains cas de tumeur de la vessie, mérite d'être conservé dans la thérapeutique chirurgicale. Il a vu, chez des malades atteints de fongus bénin de la vessie donnant lieu à des accidents formidables et à des hémorrhagies très inquiétantes, l'opération du grattage réussir à enlever la tumeur et être suivie d'une guérison complète.

— M. POLAILLON lit un rapport sur un travail de M. le docteur Gripat (d'Angers) relatif à un cas d'épanchement considérable de sang dans la cavité de Retzius, déterminé par la rupture des muscles de la paroi abdominale produits dans un effort violent fait dans le but d'éviter une chute.

Des exemples de ce genre ont été observés en petit nombre pendant le travail de l'accouchement, pendant le coït, pendant les efforts de vomissement, etc.

Dans le cas de M. Gripat il y aurait eu, d'après l'auteur, rupture de l'artère épigastrique ; l'épanchement énorme de sang qui s'était produit avait amené, outre la tuméfaction de la région hypogastrique, celle du périnée et de la partie supérieure des cuisses. M. Polaillon pense que le muscle psoas a dû être également compris dans la déchirure.

Il y eut paralysie des membres inférieurs; il fallut trois mois pour que le malade pût parvenir à se tenir debout et quatre mois pour être en état de marcher. La guérison était à peu près complète au bout de ce temps.

M. DESPRÈS déclare qu'à ses yeux, la rupture musculaire est ici une pure hypothèse que rien ne justifie, — puisque l'écartement des muscles rompus n'a pas été noté par M. Gripat. Il croirait plutôt à une simple rupture des veines périvésicales.

M. POLAILLON répond que, dans l'observation de M. Gripat, il s'agit d'une rupture musculo-artérielle des parois abdominales, rupture incomplète des fibres musculaires avec déchirure artérielle, dont le siège probable était vers la partie postérieure de la paroi abdominale. L'épanchement sanguin aurait de là gagné la cavité prévésicale, se serait infiltré entre la vessie et le rectum, amenant la paralysie de ces organes. Peut-être y a-t-il eu en même temps contusion des bourses, pas assez violente pour déterminer la lésion du canal de l'urèthre, mais assez forte pour produire un épanchement de sang dans cette région.

M. DESPRÈS ne comprend pas qu'un malade soit atteint de rupture musculo-artérielle sans présenter ni signe de rupture musculaire ni signe de rupture artérielle; il demande, jusqu'à ce qu'on lui apporte des preuves convaincantes, à rester le saint Thomas de l'observation de M. Gripat.

— M. BERGER présente un malade auquel il a enlevé un enchondrome de l'épaule, mesurant 97 centimètres de circonférence et pesant 33 livres, qu'il met sous les yeux de ses collègues. Après l'amputation interscapulo-thoracique, l'examen de la tumeur a montré que le scapulum était étranger à la maladie, dont le siège était à la partie supérieure de l'humérus. Le malade a parfaitement guéri, et porte aujourd'hui un appareil prothétique très ingénieux fabriqué par M. Colin, véritable bras artificiel dont les ressorts sont manœuvrés avec l'autre main.

— M. le docteur KIRMISSON présente un enfant de quelques mois atteint de kyste dermoïde de la région temporale droite, et demande l'avis de MM. les membres de la Société de chirurgie sur la conduite à tenir en pareil cas. L'expectation, vu le jeune âge du petit malade, telle est la réponse à la question posée par M. Kirmisson. — A. T.

FORMULAIRE

Mucilage contre l'ophthalmie chronique. — Hairion.

Acide tannique	0 gr 50 centigr. à 1 gr.
Gomme arabique pulv.	1 à 2 grammes.
Décoction de jusquiame ou de belladone	8 grammes.

Faites dissoudre et passez à travers un linge fin.

Ce mucilage est employé en instillation dans les cas torpides ou chroniques d'ophtalmie conjonctivale. On en suspend immédiatement l'usage, s'il augmente la photophobie et le larmoiement. — S'il existe des ulcères des cornées, on doit renoncer à l'emploi des collyres à base de plomb, qui produisent des taches indélébiles. — N. G.

Mélange contre l'acné. — F. Hébra.

Soufre précipité, carbonate de potasse, glycérine, alcool, *áá*	10 grammes.

Mêlez. — On applique ce mélange pâteux sur la peau, et on l'y laisse pendant la nuit. Le lendemain matin on l'enlève par un lavage, et on frictionne la place avec de la pommade à l'oxyde de zinc ou avec de la glycérine. — N. G.

Inhalations contre le catarrhe aigu. — Bartholow.

Teinture d'iode	15 grammes.
Acide phénique	4 —

Mêlez. — On place dans un vase d'eau chaude un petit flacon à large ouverture, contenant une éponge mouillée. On verse sur l'éponge de 5 à 10 gouttes de la solution, et on en fait respirer les vapeurs mêlées à la vapeur d'eau, pour modérer la toux dans le catarrhe aigu. — N. G.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 20 au 26 juillet 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,002. — Fièvre typhoïde, 32. — Variole, 12. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 15. — Diphthérie, croup, 24. — Dysentérie, 2. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 50. — Phthisie pulmonaire, 181. — Autres tuberculoses, 16. — Autres affections générales, 70. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 39. — Bronchites aiguës, 12. — Pneumonie, 64. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 85; au sein et mixte, 40; — inconnues, 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 78; circulatoire, 47; respiratoire, 61; digestif, 53; génito-urinaire, 37; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulat. et muscles, 6. — Morts violentes, 29. — Causes non classées, 9.

Résumé de la 30e semaine. — Il a été notifié au bureau de statistique 1,002 décès pendant la 30e semaine. Les chiffres relatifs aux semaines précédentes étaient 993, 1,030, 1,024.

L'état sanitaire de Paris continue donc à être aussi satisfaisant que pendant ces derniers temps. Toutes les maladies épidémiques sont devenues relativement rares.

La Fièvre typhoïde a fourni 32 décès au lieu de 34. Le nombre des admissions dans les hôpitaux ferait croire qu'elle tend à diminuer. Il y a trois semaines, les hôpitaux recevaient 127 malades atteints de cette maladie; la semaine suivante, 87 seulement, et enfin, aujourd'hui, ce nombre s'abaisse à 64.

La Variole, qui avait été un peu fréquente pendant les mois d'avril et de mai, est revenue pendant juin à son taux de mortalité normale et continue à s'y maintenir. Cette semaine, nous avons enregistré 12 décès dus à cette cause. 29 Varioleux (au lieu de 26, 31, 35, chiffres des dernières semaines) sont entrés dans les hôpitaux pendant cette semaine.

La Rougeole n'a fait que 16 victimes (au lieu de 28, 28, 33). La scarlatine continue à être rare (5 décès).

La Coqueluche, qui causait en moyenne 6 décès par semaine pendant janvier et février derniers, avait augmenté progressivement de fréquence pendant mars et avril, de façon à causer pendant la fin de mai et tout le mois de juin une vingtaine de décès par

semaine. Depuis un mois, elle est en décroissance. Le nombre des décès dus à cette cause a été pendant la 27e semaine (du 29 juin au 5 juillet) de 22, et pendant les semaines suivantes, de 18, de 10 et de 15. Ce dernier chiffre en est le nombre actuel.

La méningite a causé 50 décès, nombre qui peut être considéré comme normal.

La Bronchite aiguë des enfants a causé le nombre exceptionnellement faible de 12 (au lieu de 17, 27 et 20).

La Pneumonie, qui d'ailleurs est médiocrement fréquente, se maintient à un état à peu près stationnaire (64 décès au lieu de 43, 59, 63).

L'Athrepsie à causé 131 décès (au lieu de 178, 129 et 94), ce chiffre peut être considéré comme peu élevé pour la saison.

Le service de la statistique a reçu notification de 449 mariages, (ce nombre est incomplet, parce qu'une mairie ne nous a pas envoyé ses notices). Les naissances vivantes ont été au nombre de 1221. Les naissances féminines ont été contrairement à la règle ordinaire, plus nombreuses que les masculines (560 garçons et 661 filles), 902 naissances étaient légitimes, 319 illégitimes; parmi celles-ci, 68 ont été reconnues immédiatement par l'un des deux parents. Le nombre des morts-nés, ou morts avant l'inscription sur les registres des naissances a été de 97, dont 33 illégitimes.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT DU 30 JUILLET AU 4 AOUT 1883.

Mardi 31 juillet. — M. Cazeneuve : Etude sur les troubles gastriques dans la tuberculose. (Président, M. Laboulbène.)

M. Espanet : Du pronostic des paralysies diphthéritiques. (Président, M. Laboulbène.)

M. Bource : De la délivrance normale et pathologique. (Président, M. Laboulbène.)

M. Mairel : Des complications urémiques de l'épithélioma du col utérin. (Président, M. Laboulbène.)

M. Humbert : Dénudation cornéenne. (Président, M. Gosselin.)

M. Comte-Lagauterie : Contribution à l'étiologie de l'insuffisance des muscles droits internes et externes des yeux. (Président, M. Panas.)

M. Thellier : De l'ostéo-myélite spontanée, considérée dans son étiologie et sa pathologie. (Président, M. Verneuil.)

M. Chapotel : Contribution à l'étude de la congestion pulmonaire rhumatismale. (Président, M. Potain.)

M. Izoard : Contribution à l'étude de l'entérite muco-membraneuse. (Président, M. Potain.)

M. Moroux : Etiologie de certains abcès de la paroi abdominale antérieure. (Président, M. Cornil.)

M. Toison : Contribution à l'étude des premiers états du cœur (anatomie physiologique). (Président, M. Cornil.)

M. Camus-Govignon : Des polypes de l'estomac. (Président, M. Cornil.)

M. Angélot : Sur une forme clinique spéciale de tuberculose dénommée par Isambert tuberculose miliaire aiguë pharyngo-laryngée. (Président, M. Hardy.)

M. Lefebvre : Saignée dans la pneumonie. (Président, M. Hardy.)

M. Grenet : Des injections intra-péritonéales du sang. (Président, M. Robin.)

M. Lecointre : Traitement des anévrysmes de l'aorte par l'iodure de potassium. (Président, M. Bouchard.

M. Franceschi : Du pemphigus chez les hystériques. (Président, M. Bouchard.)

M. de Chateaubourg : Sur l'albuminurie physiologique. (Président, M. Bouchard.)

M. Gauthier : De la démence précoce chez les jeunes aliénés héréditaires. (Président, M. Ball.)

M. Martin (Henri) : Des tumeurs fibro-plastiques envisagées principalement au point de vue de leur généralisation. (Président, M. Ball.)

M. Deligny : Contribution à l'étude des ostéophytes de la dure-mère dans la pachyméningite (pachyméningite ostéo-membraneuse). (Président, M. Ball.)

Mercredi 1er août. — M. Lacoste : De la suppuration des bourses séreuses et de ses rapports avec la lymphangite. (Président, M. Peter.)

Mme Vichinsky : De la péritonite puerpérale chez les nouveau-nés. (Président, M. Peter.)

M. Rigaud : Du traitement des points de côté chez les tuberculeux par les applications de collodion. (Président, M. Peter.)

M. Olivier (Aristide) : Du lagophthalmus paralytique et de son traitement par la tarsorrhaphie centrale. (Président, M. Panas.)

M. Delaux : Contribution à l'étude des sarcomes des fosses nasales. (Président, M. Richet.)

M. Leneveu : De l'utilité de la vivisection. (Président, M. Béclard.)

M. Guillouet : Effets toxiques du senecio canicida ou yerba del perro. (Président, M. Béclard.)

Mlle Benoit : Paralysie spinale infantile. (Président, M. Potain.)

M. Callais : De l'ectopie rénale. (Président, M. Potain.)

M. Joyeux-Laffuie : L'appareil venimeux et le venin du scorpion. (Président, M. Vulpian.)

M. Boheas : Topographie médicale de l'île d'Ouessant (Finistère). (Président, M. Vulpian.)

M. Vivien : Essai sur les tumeurs de la voûte du crâne constituées par du liquide céphalo-rachidien. — De la céphalhydrocèle traumatique. (Président, M. Verneuil.)

A suivre.

COURRIER

Nécrologie. — Nous avons le regret d'aprendre la mort subite de M. le docteur A. Contour, ses obsèques auront lieu mercredi prochain 1er août 1883, à midi très précis, en l'église Saint-Philippe du Roule, sa paroisse.

Les cours libres. — Par décret en date du 24 juillet, il peut être fait, dans les Facultés, des cours libres, par des professeurs qui n'apparientnent pas au personnel des Facultés.

Les cours libres à la Faculté de médecine de Paris restent soumis aux prescriptions de l'arrêté du 9 février 1881.

Chaque Faculté de médecine et chaque Ecole supérieure de pharmacie soumettra à l'approbation du ministre un règlement relatif aux cours libres.

— Par décrets en date du 24 juillet 1883, M. Paquet, professeur de médecine opératoire à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est transféré, sur sa demande, daus la chaire de clinique chirurgicale vacante à ladite Faculté, par suite du décès de M. Houzé de l'Aulnoit.

M. Folet, professeur en pathologie externe à la même Faculté, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique chirurgicale, précédemment occupée par M. Parise, nommé professeur honoraire.

— Les modifications proposées par l'Administration pour les jurys des concours des hôpitaux, et qui avaient été l'objet des réclamations des médecins et chirurgiens des hôpitaux, n'auront pas lieu. Un arrêté préfectoral récent a maintenu les anciens règlements.

AVIS. — Le numéro du mois de juillet des *Annales de Dermatologie* ne sera pas distribué.

Il paraîtra le 25 *août* un numéro double correspondant aux deux mois de juillet et d'août.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

BULLETIN

Académie de médecine, 31 juillet. — La séance d'aujourd'hui est la suite obligée de la précédente et de l'incident qui l'a terminée. M. Jules Guérin monte à la tribune pour défendre à la fois ses opinions et les Anglais. Au nom de ses travaux antérieurs et des « quinze ou vingt discours » qu'il a déjà prononcés sur le même sujet, il proclame les médecins sanitaires de l'Inde « les premiers hygiénistes du monde », les seuls qui soient éclairés et « impartiaux », et s'incline ou plutôt (puisqu'il est de leur avis) demande à la France de s'incliner devant la supériorité de leurs décisions.

Pour M. Jules Guérin, le choléra n'est pas importé de l'Inde; il naît sur place. Et cependant, il est contagieux.

Pour nous, qui n'avons pas sur la question vingt discours à défendre, il nous semble que la contagiosité du choléra implique la possibilité de son importation. Or, si l'importation est possible, il est bien difficile de prouver qu'elle n'ait jamais lieu, et que le temps passé à se prémunir contre elle soit absolument perdu.

« Si le choléra nous arrivait par cette voie, dit M. Jules Guérin, tous les navires qui viennent de l'Inde seraient des épidémies flottantes. » Et pourquoi tous les navires? Qui donc a jamais dit que la contagion était fatale, obligatoire? Il suffit qu'elle soit « relative », comme l'affirme l'orateur, pour qu'on s'en défende; et il faut une impartialité au-dessus de nos forces pour laisser circuler un fléau contagieux, fût-il habitué à naître sur place.

Aussi bien, nous n'avons pas à discuter la nature et le mode de diffusion du choléra. M. Fauvel lui-même, dont l'autorité vaut à la rigueur celle des Indiens, n'est pas entré dans cette voie; il s'est borné à rectifier quelques faits relatifs aux dernières épidémies. Son contradicteur, il est vrai, n'a pas trouvé qu'il écrivît correctement l'histoire; il a rectifié à son tour. Mais que valent ces menus détails? Le discours de M. Fauvel, dans la séance du 24 juillet, n'a-t-il pas démontré à l'évidence que l'épidémie actuelle a son berceau dans l'Inde; que depuis longtemps le mal était tenu à distance par de sages mesures, quand notre voix était prépondérante; que, les Anglais ayant mis la main sur l'Egypte, et notre agent n'étant plus écouté, le choléra n'a plus eu d'entraves et s'est répandu dans la vallée du Nil? On n'a pas toujours, entre le foyer initial et la contrée où l'épidémie se développe, suivi pas à pas et dénoncé l'homme ou la chose qui recélait l'agent infectieux, mais qu'importe? Quand vous voyez là-bas la fumée d'un coup de canon, ici l'obus qui éclate et les hommes qui tombent, avez-vous besoin de suivre des yeux la trajectoire? Ainsi parle M. Rochard, au milieu des applaudissements; et il termine : « Si quelqu'un ici partage les idées de M. Jules Guérin, qu'il se lève et vienne les défendre! »

Personne n'ayant répondu à cet appel, il faut que l'opinion publique tire de ce débat la conclusion que M. Rochard, sans doute par courtoisie, n'a pas formulée : c'est que l'Académie de médecine de Paris, s'associant à la pensée de M. Fauvel, gardien vigilant et désintéressé de son pays, a protesté contre l'égoïsme anglais et l'abandon des mesures prophylactiques internationales, à l'unanimité moins une voix, celle de M. Jules Guérin!

L.-G. R.

Note sur un cas de pseudo-paralysie syphilitique terminé par guérison chez une petite fille de deux mois et demi.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 11 mai 1883,

Par M. Millard, médecin de l'hôpital Beaujon.

Les cas de pseudo-paralysie syphilitique bien observés, comme celui dont M. Troisier nous a montré les pièces anatomo-pathologiques, sont rares; on ne les rencontre guère que dans les services spéciaux, dans les crèches ou à l'hospice des Enfants-Assistés. Dans la clientèle civile, ils sont tout à fait exceptionnels et j'ai la conviction qu'ils sont très souvent méconnus.

D'autre part, leur terminaison fatale semble être la règle et on comprend aisément qu'il en doive être ainsi. Il s'agit le plus souvent d'enfants très jeunes (six semaines à trois mois) chétifs, mal nourris, nés de parents qui vivent dans la débauche ou la misère, et chez qui le poison syphilitique exerce rapidement de terribles et irrémédiables ravages.

S'ils sont atteints déjà de signes non douteux de syphilis sur la peau et sur les membranes muqueuses quand survient la pseudo-paralysie, celle-ci est assez facilement reconnue; elle risque au contraire de passer inaperçue si les manifestations syphilitiques extérieures font défaut et si les antécédents héréditaires sont ignorés ou négligés. Dans tous les cas, que le traitement spécifique intervienne ou non, les enfants, comme les petits malades décrits par MM. Parrot et Troisier, succombent en un temps très court, faute de bonnes conditions hygiéniques ou d'une résistance vitale suffisante.

Je n'ai sans doute pas fait de recherches suffisantes; mais jusqu'ici je ne crois pas qu'on ait publié un seul cas de pseudo-paralysie, guérie par la médication antisyphilitique.

M. Parrot, que j'ai interrogé sur ce point, n'en a jamais observé qu'à la clinique des Enfants-Assistés « détestable milieu » et n'a eu que des insuccès. — Depuis qu'il a organisé la nourricerie, il n'en a pas observé. Deux enfants de sa consultation gratuite ne se sont pas représentés, mais cela même donne à penser qu'ils ont succombé comme les autres.

S'il en est ainsi, le cas de guérison que je désire communiquer à la Société serait unique. Il est inédit ou presque inédit, car il est déjà imprimé et doit figurer sous forme d'observation résumée dans le tome II des *Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance* que M. le docteur Roger va publier très prochainement. Mais il mérite, je crois d'être exposé et analysé dans tous ses détails. Il s'agit d'une petite fille de deux mois, atteinte depuis quelques jours d'une pseudo-paralysie de l'épaule gauche, que nous prîmes tout d'abord, M. Roger et moi, pour une paralysie spinale infantile (nous n'avions observé l'enfant qu'un seul jour), mais dont la véritable nature fut reconnue dix jours plus tard par l'extension de la pseudo-paralysie au membre supérieur du côté opposé, et qui fut très rapidement améliorée et complètement guérie par l'administration prolongée du sirop de Gibert.

Le 17 mars 1875, j'étais consulté pour une petite fille de deux mois et demi qu'on amenait de province à cause d'une paralysie du bras gauche survenue depuis peu de jours, et sans cause appréciable. L'enfant était sans fièvre, avait assez bonne mine, n'avait pas eu de convulsions et ne présentait sur le corps aucune éruption. Elle était allaitée par sa mère et s'était bien développée jusqu'alors. Le bras gauche pendait inerte le long du corps, et on ne voyait au niveau de l'articulation scapulo-humérale aucune trace de traumatisme ni d'inflammation. Toutefois, un fait gênait l'examen et l'interprétation des accidents; c'est que l'enfant jetait des cris dès qu'on voulait explorer le membre et la jointure, et il était difficile de démêler si elle était seulement timorée, ou si elle souffrait réellement.

Le père m'avouait confidentiellement qu'il avait contracté la syphilis en novembre 1871; il avait suivi un traitement très sérieux pendant dix-huit mois, sous la direction

du docteur Ricord et de notre regretté collègue le professeur Lasègue. Il se croyait complètement guéri. Tel était également l'avis des deux médecins éminents que je viens de citer, ainsi que de son médecin de la campagne. Ce n'est que sur leurs conseils, avec leur autorisation, qu'il s'était décidé à se marier en avril 1874, deux ans et demi après le début des premiers accidents.

Sa fille était née neuf mois après le mariage, jour pour jour, en janvier 1875, et il était très tourmenté de la pensée qu'il avait pu lui transmettre un germe funeste dont cette paralysie serait l'expression.

Je crus pouvoir le rassurer en me fondant sur l'absence totale des signes extérieurs et habituels de la syphilis infantile. Je ne croyais pas alors à la possibilité de lésions osseuses comme seules manifestations de la vérole héréditaire. Dans les quatre cas rapportés par M. Parrot dans son célèbre mémoire de 1871, il avait toujours noté la coïncidence de syphilides cutanées ou muqueuses, et c'est seulement plus tard qu'il devait apporter de nouveaux faits démontrant que cette coïncidence n'est pas nécessaire.

Dans ces conditions, en l'absence de tout traumatisme et de toute trace apparente de diathèse, incertain que j'étais si l'enfant souffrait réellement, et malgré la rareté de cette affection dans un âge aussi tendre, je conclus non sans hésitation à une paralysie spinale infantile et crus devoir faire appel à la haute expérience de mon savant maître, M. le docteur Roger. Il partagea mon embarras, examina l'enfant avec un soin des plus minutieux, et malgré les antécédents du père, sur lesquels j'appelais toute son attention, il admit avec moi une paralysie spinale infantile. Toutefois, ce diagnostic ne nous satisfaisait qu'imparfaitement. Nous prescrivîmes des vésicatoires promenés autour de l'épaule et l'application ultérieure de l'électricité. Je me reproche aujourd'hui de n'avoir pas employé d'emblée ce dernier moyen (l'application des courants induits) au moins comme élément de diagnostic. On sait en effet que, dans la paralysie spinale infantile vraie, la contractilité électro-faradique est entièrement abolie pour tous les muscles paralysés, tandis qu'elle est conservée dans la pseudo-paralysie spécifique. Cette exploration aurait donc pu déjà suffire à nous mettre en garde contre l'erreur que nous étions en train de commettre. Heureusement, celle-ci ne fut pas de longue durée.

L'enfant repartit en province avec une consultation détaillée dans laquelle je signalais les points qui nous avaient embarrassés.

Dix jours après, le 27 mars, le médecin de la famille, observateur sensé et sagace, comme on va le voir, m'écrivait :

« Deux petits vésicatoires ont déjà été posés et n'ont produit encore aucune amélio-
« ration; cela n'a rien qui doive surprendre. L'unique objet de ma lettre est de vous
« parler de certains faits qui peut-être vous éclaireront sur la nature de la maladie.
« L'épaule *droite, depuis quatre jours*, se *paralyse comme l'autre*. Je suis *certain* que l'en-
« fant souffre quand on touche l'épaule gauche, et surtout quand on imprime au bras
« des mouvements d'élévation. Il semble aussi que les muscles cervicaux perdent leur
« énergie. La petite fille rejette souvent vivement sa tête en arrière, comme s'il fallait
« des efforts pour la soutenir... Point de tuméfaction des jointures, point d'atrophie des
« membres atteints. Les membres inférieurs sont intacts et l'état général bon. Pas de
« fièvre... »

Il ajoutait les renseignements importants qui suivent :

« Le père vous a dit qu'il avait eu une affection spécifique et que sa femme, à la suite de
« signes non équivoques, avait suivi un traitement *ad hoc* jusque dans les derniers mois
« de sa grossesse. Aujourd'hui je constate chez elle une angine qui paraît caractéris-
« tique et un développement des ganglions cervicaux qui font que je prescris aussitôt
« l'iodure de potassium... Supposez-vous qu'il puisse y avoir des rapports entre la para-
« lysie de l'enfant et la maladie des parents? »

A coup sûr il y en avait, et il n'était plus permis de les méconnaître. Cette lettre fut pour moi un trait de lumière. Elle me remit en mémoire, pour ainsi dire instantanément, non seulement les belles découvertes de M. Parrot sur les lésions osseuses de la syphilis héréditaire chez les enfants, mais aussi des pièces anatomo-pathologiques absolument démonstratives qui m'avaient été apportées récemment par M. Cuffer, alors mon interne, et qui provenaient d'un enfant envoyé à l'hospice des Enfants-Assistés sans signe apparent de syphilis, après avoir passé par notre service à Lariboisière. (Ces pièces avaient fait l'objet d'une communication de M. Parrot à la Société anatomique, le 26 février 1875.) (*Bulletin de la Société anatomique*, 1875, p. 156.) Comment n'avais-je pas établi plus tôt le rapprochement entre tous ces faits et celui de notre petite malade de pro-

vince? J'étais désolé et n'avais plus qu'une idée, regagner si possible le temps perdu. Aussi, j'envoyai sur-le-champ à mon confrère un télégramme pour conseiller l'administration sans retard du sirop de Gibert (une cuillerée à café par jour en deux fois) et des bains de sublimé (0,50 centigr.).

J'étais sûr à l'avance de l'approbation de M. Roger, et, en effet, quand je lui communiquai les nouveaux et précieux renseignements que j'avais reçus, il n'hésita pas à réformer ainsi que moi notre premier diagnostic, et à adopter celui de pseudo-paralysie syphilitique à marche progressive. Il voulut bien aussi approuver le traitement tel que je l'avais indiqué. Commencé dès le 29 mars, ce traitement donna presque immédiatement des résultats décisifs. Au bout de neuf jours, le 7 avril, mon confrère m'écrivait :

« Il y a certainement de l'amélioration. L'état général, jadis à peu près bon, est plus « satisfaisant ; la mère et la nourrice le constatent comme moi. L'enfant est plus forte, « plus gaie, elle rit même, ce qu'elle ne faisait pas il y a huit ou dix jours. Elle se tient « mieux ; ses bras, qui étaient pâles et mous, sont beaucoup plus fermes, plus colorés, « on y voit plus de circulation, plus de vie. Le bras gauche, le premier paralysé, est « toujours inerte, mais on saisit dans l'épaule droite de petits mouvements de latéralité ; « pourtant l'élévation n'est pas possible encore. Ajoutez à cela que les mouvements en « tout sens que j'imprime à l'épaule et la pression sur la tête humérale ne provoquent « plus aucune douleur, et vous jugerez probablement qu'il y a une notable amélioration « et que le traitement confirme votre diagnostic. D'ailleurs il est survenu un symptôme « qui me paraît bien significatif, c'est un paquet de ganglions engorgés à la région « cervicale supérieure de chaque côté. Quand on remue la petite fille, elle crie comme « si elle éprouvait une douleur dans la région dorsale ou plutôt lombaire, mais je ne « puis préciser le lieu. La pression sur les apophyses épineuses, sur les hanches, les « mouvements des membres inférieurs ne provoquent pas de douleurs.

« ..... La mère nourrit toujours son enfant. Outre l'iodure de potassium, j'ai prescrit « les pilules de protoiodure (0,05 centigrammes par jour). Mais le lait diminue ; il est « insuffisant et je crains de voir les seins se tarir tout à fait. Dans ce cas l'enfant serait « soumise à l'allaitement artificiel..... »

Deux semaines plus tard, le 21 avril, vingt-quatre jours seulement après le début du traitement, le résultat est magnifique, ainsi qu'en témoigne notre confrère dans la lettre suivante :

« Il est impossible aujourd'hui de méconnaître la nature de la maladie de notre petite « malade. Le traitement spécifique a été rigoureusement suivi et le *succès est complet*. « Le bras droit, le dernier pris, gesticule en tout sens comme un télégraphe. Le bras « gauche, le premier et le plus fortement atteint, exécutait la semaine dernière des « mouvements de plus en plus accentués dans le sens latéral. Maintenant les mouve- « ments d'élévation sont très prononcés, et le progrès est tous les jours considérable. « La tête se soutient très bien et tourne de tous côtés : aucune douleur. L'enfant est « gaie et son état général bon. On a déjà donné douze bains de sublimé en vingt- « quatre jours ; j'ai l'intention d'en donner encore dix. Mais je vous adresse la grande « question : quand faudra-t-il cesser le traitement ? »

Je conseillai de le continuer *très longtemps*, d'abord sans interruption jusqu'à la fin de mai, puis après deux mois de repos, de le reprendre pendant un mois, et ensuite d'y revenir deux fois par an au moins, au printemps et à l'automne chaque fois pendant six semaines. Ces conseils furent scrupuleusement suivis jusqu'à l'âge de six ans.

Ils étaient bien nécessaires, car ils n'ont pas empêché l'enfant de présenter très souvent pendant les deux premières années, des accidents secondaires (plaques muqueuses) à la bouche, surtout à la langue et aux lèvres. Chaque fois le sirop de Gibert en avait promptement raison. Jusqu'à l'âge de deux ans, la dose par jour fut de une cuillerée à café ; de deux ans à quatre ans elle fut doublée, et enfin triplée de quatre ans à six ans. Cette dose de trois cuillerées à café par jour ne fut jamais dépassée.

J'ajoute que l'enfant n'a jamais suivi d'autre traitement spécifique. Elle n'a plus repris de bains de sublimé ; mais dans les deux dernières années qui ont précédé sa complète guérison, on lui a fait prendre un nombre assez considérable de bains sulfureux qui ont paru lui faire le plus grand bien. Elle a aujourd'hui huit ans et demi ; elle se porte parfaitement, elle est fraîche, vigoureuse et très intelligente.

Voici deux ans et demi qu'elle n'a plus eu le moindre accident et qu'elle ne prend plus aucun remède. A l'exception de la rougeole, elle n'a jamais eu d'autre maladie.

Cette observation ne serait pas complète si je n'ajoutais quelques mots relatifs aux pa-

rents. Tous deux, bien entendu, ont été soumis, en même temps que leur petite fille, à un traitement spécifique et il est à noter que le père affirme n'avoir jamais remarqué sur lui depuis son mariage, la moindre trace de syphilis, malgré les accidents incontestables signalés chez la mère.

Deux autres enfants sont nés depuis cette époque; l'un âgé aujourd'hui de cinq ans, l'autre de douze mois seulement.

Ils sont l'un et l'autre très bien portants, très forts et n'ont jamais eu le moindre accident. La mère jouit actuellement, comme son mari, d'une santé admirable.

Ce fait intéressant, et dont vous me pardonnerez, j'espère, l'exposition un peu longue, prêterait assurément à beaucoup de considérations au sujet de la syphilis en général. Je me bornerai à indiquer les points suivants :

1° La transmission de la syphilis à la mère et à l'enfant dès la première fécondation, malgré le traitement très long et très complet suivi par le père et bien que ce dernier n'ait jamais plus présenté depuis le mariage aucune trace de la maladie ;

2° L'insidiosité et l'apparition rapide de la pseudo-paralysie chez l'enfant qui avait les apparences de la santé et n'offrait également aucun des signes extérieurs de la syphilis héréditaire ;

3° L'erreur de diagnostic qui en est résultée et qui certainement aurait pu être évitée ;

4° La nécessité d'un traitement très long, de plusieurs années, pour les parents, comme pour les enfants contaminés ;

5° L'efficacité du sirop de Gibert que j'avais choisi parce qu'il réunit les heureux effets des mercuriaux et de l'iodure de potassium ;

6° Enfin, la tolérance parfaite avec laquelle il fut constamment supporté par la petite malade, à doses assez élevées, pendant six ans.

La guérison doit être attribuée aussi en grande partie à la vigueur de l'enfant, aux soins éclairés et persévérants qu'elle a reçus presque immédiatement et à l'ensemble des conditions excellentes dans lesquelles elle se trouvait placée dans une confortable habitation en pleine campagne.

L'honneur de cette belle cure, qui a non seulement sauvé la vie de la petite malade, mais assuré la santé de toute une famille, revient tout entier à mon éminent ami le professeur Parrot. C'est grâce à ses travaux que le diagnostic a pu être redressé à temps. Ce fait est donc des plus instructifs et des plus encourageants et il me paraît apporter, au point de vue clinique et thérapeutique, une confirmation éclatante des remarquables découvertes par lesquelles le savant médecin des Enfants-Assistés a enrichi et éclairé l'histoire de la syphilis osseuse héréditaire.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

Egypte. — Le 29 juillet, il y a eu 607 décès cholériques dont 323 au Caire et 18 dans l'isthme de Suez. L'épidémie envahit la Haute-Egypte et l'armée anglaise compte un sixième de son effectif dans les hôpitaux.

Le 30 juillet, le nombre des décès cholériques était de 502, dont 274 au Caire, 34 à Benha, 21 à Zagazig, 17 à Rosette, 34 à Tantah, 8 à Ismaïlia et 6 cas dans l'armée anglaise. Ces chiffres sont manifestement incomplets, la mortalité est beaucoup plus élevée même dans le Delta. Quant aux renseignements sur les ravages de l'épidémie dans les villes de l'intérieur, ils font absolument défaut. En tout cas, d'une manière générale, on peut considérer la situation comme sans changements. La mortalité n'augmente pas mais l'épidémie s'étend sur une surface de jour en jour plus grande.

Europe. — Le gouvernement *ottoman* vient de fermer les lazarets de Smyrne et de Beyrouth aux fugitifs égyptiens, qui par leur nombre menaçaient de les encombrer. Le Conseil sanitaire international a augmenté la durée des quarantaines; elle est fixée à quinze jours pour les provenances d'Egypte, du canal de Suez ou de Chypre, sans accidents durant la traversée et de vingt jours avec accidents suspects. De plus, une double

visite médicale et une observation de vingt-quatre heures sont prescrites aux voyageurs et aux navires à destination de Constantinople et de la mer Noire.

A Marseille, il est arrivé un paquebot, le *Péluse*, sur lequel deux cas cholériques ont été observés pendant la traversée d'Egypte à Naples.

Les passagers ont été débarqués au lazaret et isolés des autres quarantainaires du Frioul. — C. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 juillet 1883 — Présidence de M Hardy.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note sur le choléra et la constitution régnante, par M. le docteur Mignot, de Chantelle (Allier).

2° Un rapport sur l'Institut vaccinal de Montpellier, par M. Pourquier, médecin-vétérinaire.

—

M. Fournier présente, au nom de M. le docteur Doyon, membre correspondant, une brochure intitulée : *Du mode d'enseignement de la dermato-syphiligraphie contemporaine.*

M. Laboulbène présente, au nom de M. le docteur Pretenderis-Typaldos, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes, un volume intitulé : *Du typhus observé à Athènes en 1868.*

M. Dujardin-Beaumetz offre en hommage, au nom de la commission du choléra, le rapport qu'il a fait au Conseil d'hygiène publique et de salubrité sur les mesures à prendre au cas où le choléra viendrait à se déclarer à Paris. Ces mesures sont : 1° des mesures d'hygiène publique ; 2° des mesures d'hygiène privée.

Les mesures d'hygiène publique consistent principalement dans la déclaration immédiate des cas de choléra par les familles ou les logeurs des garnis dans lesquels ces cas se seraient développés et le transport des malades hors des lieux où ils ont été frappés ; les mesures d'hygiène privée sont : 1° la désinfection des matières fécales à l'aide du chlorure de zinc, le sulfate de cuivre, le sulfate de zinc ; 2° la désinfection des chambres des malades avec les vapeurs du soufre en combustion.

—

M. Tarnier présente une jeune femme enceinte de neuf mois qui offre un exemple rare d'ectopie du cœur. Cet organe bat sous la peau, à travers une large division congénitale du sternum. Il est possible de prendre les ventricules dans la main et de les explorer à nu, pour ainsi dire.

M. Marey dit que ce cas se prête admirablement à l'étude de certains points de la physiologie du cœur qui n'ont pu jusqu'ici être étudiés que sur les animaux.

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la communication de M. Fauvel relative au choléra d'Egypte.

M. Jules Guérin a la parole.

A la suite de la communication de M. Fauvel dans la dernière séance, sur l'étiologie du choléra, j'ai rappelé comme un des faits peu conciliables avec la doctrine de l'importation que, durant une des dernières expositions internationales, le choléra qui occupait un grand nombre des points de l'Europe avait respecté la capitale, bien qu'elle fût restée en libre communication incessante avec les nombreux visiteurs venant des pays infectés, et bien qu'aucune précaution préventive n'eût été prise.

N'ayant pas immédiatement à la mémoire la date exacte de ce fait, j'avais dit : *la dernière Exposition ;* mais sur la remarque que le choléra n'existait plus à cette époque en Europe, j'ai dit une des dernières, prenant l'engagement de préciser le fait aujourd'hui.

Je viens remplir mon engagement.

Cette Exposition est celle de 1867. Je ne puis faire mieux, pour laisser à cet événement toute son autorité, que reproduire textuellement le passage d'un de mes discours de 1875, dans lequel ce fait, accompagné de plusieurs autres de la même portée, était commenté comme il méritait de l'être. (Suit le passage du discours de 1875).

Je n'ajouterai qu'un mot, c'est que ces deux grands faits des expositions de Paris et de Vienne, si péremptoires et si concluants, n'ont été, à l'époque où je les ai invoqués pour la première fois, l'objet d'aucune contradiction même de la part de M. Fauvel. Je me trompe, M. Fauvel, dans une réponse générale à tous ces faits si contraires au système d'importation, avait dit que le choléra perdait sa puissance en chemin de fer et la conservait dans les navires.

Ainsi que je l'avais exprimé dans la dernière séance, j'avais pris la résolution de limiter ma réponse au manifeste de notre collègue aux seules remarques qui ont suivi sa communication; mais la manifestation aussi insolite qu'imprévue provoquée par M. Bergeron à la fin de la dernière séance, après mon départ de l'Académie, me fait un devoir et me donne le droit de n'en pas rester là.

Il résulte de ce que j'ai appris par le compte rendu de la séance, que plusieurs membres, s'associant à l'initiative de M. Bergeron, ont cru devoir exercer à l'endroit de ma réponse à M. Fauvel une sorte de censure.

Sans m'occuper des motifs de cette réprobation collective, je me bornerai à résumer en quelques propositions ou conclusions les faits qui ont servi de base à mes différentes communications à l'Académie depuis que j'ai l'honneur de lui appartenir, c'est-à-dire depuis plus de 40 ans.

Les propositions de M. Jules Guérin peuvent se résumer ainsi :

1° Conformément à l'enseignement des plus grands maîtres de la science, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, j'ai toujours considéré l'évolution de toutes les épidémies, et des épidémies de choléra en particulier, comme un produit de certaines constitutions médicales résultant de modifications successives de l'atmosphère et de l'organisme.

2° Sous l'empire de ces modifications, les épidémies cholériques s'annoncent par des dérangements dans la santé, caractérisés surtout par des diarrhées, chez les enfants d'abord, chez les adultes et les vieillards ensuite. J'ai signalé ces faits à l'approche de toutes les épidémies de choléra, depuis l'année 1831, plus d'une année avant l'épidémie de 1832 et successivement pour les quatre grandes épidémies qui ont suivi celle de 1832, en 1849, en 1853, en 1866 et en 1873.

L'existence de ces diarrhées, auxquelles j'ai donné le nom de diarrhées prémonitoires des épidémies, a été confirmée par les observateurs les plus sévères de tous les pays.

3° Contrairement à la doctrine de l'importation, différentes contrées de la France sont restées pendant des mois, si ce n'est pendant une année, en rapport quotidien avec différents centres occupés par le choléra sans avoir contracté la maladie ; et lorsque la maladie y a fait son apparition dans quelques-uns comme à Paris en 1832, au Havre en 1873, il a été absolument impossible de découvrir un fait pouvant servir de prétexte à l'importation.

4° La contagiosité du choléra établie par un certain nombre d'observations incontestables et que j'ai toujours admises constitue un fait relatif, c'est-à-dire subordonné pour les localités, pour l'individu et pour la maladie elle-même à des conditions préalables d'aptitude, de réceptivité et d'activité contingente qui expliquent tout à la fois l'impuissance des transports lointains et la stérilité si fréquente des contacts individuels.

5° Enfin et comme conséquences logiques et pratiques des faits qui précèdent, les mesures sanitaires employées aujourd'hui pour s'opposer à l'envahissement du choléra asiatique doivent être considérées comme des institutions caduques, qui seront un jour remplacées par le système des avertissements à domicile ; système inauguré dès l'année 1849 en Angleterre ; où, sur 130,000 cas de diarrhée prémonitoire dûment constatés 250 seulement ont évolué jusqu'au choléra cyanique et mortel.

M. LE PRÉSIDENT dit que personne à l'Académie n'a eu la prétention d'exercer une censure quelconque sur les opinions de M. Jules Guérin ; si ce fait s'était produit, M. le Président n'aurait pas manqué de rappeler à l'ordre l'orateur qui se serait permis un pareil manque d'égards vis-à-vis de l'un de ses collègues.

M. J. GUÉRIN répond qu'il avait cru, d'après le compte rendu de quelques journaux, que ce fait s'était produit ; il remercie M. le Président de la déclaration qu'il vient de faire.

M. FAUVEL n'entend pas discuter la doctrine de M. Jules Guérin reproduite pour la vingtième fois peut-être devant l'Académie, discutée à fond et complètement réfutée à diverses reprises. Il ne veut s'occuper que d'une question de fait. M. Jules Guérin a dit qu'en 1867 le choléra n'était pas venu à Paris, bien qu'il régnât en Europe et que l'Ex-

position universelle eût amené dans notre capitale des gens et des provenances de tous es pays du monde.

M. Fauvel répond qu'il y avait à cela une raison bien simple. En 1867, on sortait d'une grande épidémie de choléra qui avait sévi avec intensité non seulement en France, mais encore dans tous les autres pays de l'Europe. Cette épidémie, qui s'était déclarée en 1865, n'était pas complètement éteinte en 1866, même à Paris où quelques cas furent encore observés. Mais, en 1867, l'épidémie était complètement terminée en France et dans le reste de l'Europe. Voilà pourquoi le choléra n'est pas venu à Paris en 1867. C'est, en effet, une loi universellement acceptée, qu'une grande épidémie entraîne une immunité plus ou moins prolongée pour les pays qui en ont été atteints. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que, si quelques faits d'importation se sont produits à Paris en 1867, ces cas n'aient pas eu de retentissement et se soient éteints sur place sans se propager.

M. Jules Guérin a invoqué ensuite, à l'appui de ses opinions, le fait de l'épidémie de choléra déclarée à Vienne en 1873. Il demande pourquoi le choléra ne s'est pas propagé en France au retour des visiteurs français de l'Exposition de Vienne.

Mais, à cela, il y a encore une réponse facile à faire, suivant M. Fauvel; c'est que, en 873, existait en France une épidémie de choléra, légère sans doute à Paris, mais très grave en Normandie.

Sans nier que le choléra puisse se propager par la voie des chemins de fer, M. Fauvel admet, d'après l'observation des faits, que le choléra se propage plus difficilement par es chemins de fer que par les navires qui deviennent facilement des foyers d'infection.

M. Jules Guérin n'admet pas le dire de M. Fauvel que le choléra n'existât pas en Europe au moment de l'Exposition à Paris en 1867. Il trouve la preuve du contraire dans es numéros de la *Gazette médicale* de cette époque, où sont relatées les nouvelles du choléra signalé dans presque tous les pays de l'Europe. Si donc le choléra existait alors en Europe, comment se fait-il que la maladie n'ait point été importée à Paris pendant l'Exposition universelle? De même, comment se fait-il que l'épidémie de Vienne, en 1873, ne se soit pas propagée à Paris, au retour des visiteurs de l'Exposition de la capitale de l'Autriche? Et si, comme le dit M. Fauvel, le choléra sévissait alors avec intensité en Normandie, comment se fait-il qu'il n'ait pas été importé à Paris? Autant de faits qui plaident contre la doctrine de l'importation.

M. Jules Rochard: Je n'ai pas l'intention de traiter en ce moment la question de la contagion; je la crois jugée, et sa discussion me paraît inopportune.

Si je suis monté à la tribune, c'est pour répondre à ce qu'a dit M. Jules Guérin au sujet d'un incident qui s'est produit dans la dernière séance.

C'est moi qui ai exprimé l'avis que M. Jules Guérin était seul de son opinion au sein de l'Académie et qu'il serait à désirer que le fait fût bien constaté, afin qu'on ne pût se méprendre sur cette opinion. Personne n'a eu la pensée de censurer M. Guérin ni d'appeler sur sa personne la sévérité du bureau. Il ne s'agit pas aujourd'hui d'une question de doctrine, mais d'une question de fait. M. Fauvel, avec sa compétence toute spéciale et à l'aide de documents d'une exactitude incontestable, nous a démontré que le choléra qui règne en ce moment en Egypte y a été importé, et que cette importation est le résultat de la suppression des mesures sanitaires qui la protégeaient depuis seize années. Les mesures adoptées à la suite de la Conférence de Constantinople ont été rigoureusement exécutées par le Conseil sanitaire international d'Egypte, tant que la parole du représentant de la France y a été écoutée. Depuis que l'Angleterre a eu la haute main sur les affaires d'Egypte, l'action du Conseil international a cessé de s'exercer, les quarantaines qui protégeaient le pays et l'Europe ont été supprimées.

Les provenances de l'Inde et notamment celles de Bombay ont été admises en libre pratique; les pèlerins de la Mecque eux-mêmes ont cessé d'être l'objet de la surveillance sévère à laquelle ils étaient depuis longtemps soumis.

Depuis longtemps la France par la voix de ses consuls, de ses médecins sanitaires, donnait à l'Egypte des avertissements qui n'étaient pas écoutés; depuis plusieurs mois l'invasion du choléra en Egypte était prévue, annoncée, comme devant être la conséquence inévitable de la mise en oubli des précautions sanitaires si efficaces jusqu'alors. Les avertissements, les prières, n'ont pas été écoutés et le choléra s'est déclaré à Damiette et il s'est répandu de là dans toute l'Egypte.

Comme le disait mardi dernier M. Bouley, s'il avait fallu donner une preuve de plus de la transmissibilité du choléra, ce qui vient de se passer en serait la preuve éclatante, et je m'étonne encore qu'on ne trouve pas la démonstration évidente.

Maintenant personne ici ne suppose que si nous tenons à établir ces faits, ce soit pour le seul plaisir de récriminer contre une nation amie. Je n'incrimine pas ses mobiles, et

l'Angleterre, pour des raisons que je n'ai pas à sonder, a sur ces questions des doctrines opposées aux nôtres. Ces doctrines ont prévalu en Egypte, nous en subissons la conséquence.

Eh bien, il faut tirer de là une conséquence pour l'avenir; si nous échappons au péril qui nous menace, il faut qu'on ne nous le fasse plus courir de nouveau; si nous le subissons dans toute sa rigueur, il faut que ce soit la dernière fois. Ce que je tiens à constater, c'est que les opinions de M. Jules Guérin lui sont personnelles et que pas un de nos collègues n'est venu à la tribune pour le défendre.

M. Jules Guérin : Je n'ai besoin d'être défendu par personne.

M. Rochard : Je sais fort bien que M. Jules Guérin n'a besoin de personne pour défendre ses opinions et tout le monde dans l'Académie connaît le talent et la persévérance qu'il met à les soutenir. Je m'appuie sur les rapports des médecins français d'Egypte, sur ceux de quelques médecins anglais ; je m'appuie surtout sur les faits. On n'a pas pu suivre la contagion à la trace; lorsque le chauffeur du *Timor* est arrivé à Damiette, le choléra y était déjà, que m'importe? et qui ne sait pas qu'en pareille occurrence on ne suit jamais la maladie dans toutes ses pérégrinations? Lorsqu'on voit partir un coup de canon et qu'à quelques kilomètres de là, on voit tomber une file d'hommes, on sait très bien que le boulet qui les renverse est parti de la pièce quoiqu'on n'ait pu le suivre de l'œil dans son trajet. Eh bien, nous voyons partir des navires de Bombay où règne le choléra, nous les voyons arriver en Egypte, communiquer librement, et le choléra apparaît là où il ne s'était pas montré depuis des années. Et vous ne voulez pas que nous voyions entre ces deux faits une corrélation aussi directe qu'entre ceux que j'ai pris pour exemple!

M. Guérin voudrait peut-être m'entraîner sur un autre terrain, sur celui de la diarrhée prémonitoire; je ne m'écarte pas de mon assertion première : le choléra est importé en Egypte, parce que l'on a supprimé les digues qui l'empêchaient d'y entrer. La suppression des quarantaines est le fait de l'influence anglaise; il ne faut pas que cela recommence, et je prends acte de ce fait que l'Académie tout entière est de mon avis. (Applaudissements.)

—

M. Charcot, au nom de la commission du prix Civrieux, lit un rapport sur les concours de ce prix pour 1882; la question proposée était la suivante : *Rechercher la cause de l'ataxie locomotrice.* M. le rapporteur analyse brièvement les divers travaux adressés à l'Académie au sujet de ce concours.

Les conclusions de ce rapport devront être lues et discutées en comité secret.

— La séance est levée à cinq heures.

JOURNAL DES JOURNAUX

Du traitement du tabes dorsalis, par Rumpf (de Dusseldorf). — D'après l'auteur, l'efficacité du traitement antisyphilitique serait exceptionnelle. La faradisation cutanée avec le pinceau métallique lui a donné de bons résultats dans cinq ou six cas. Les douleurs s'amendèrent, la sensibilité se rétablit, les réflexes tendineux reparurent et les troubles ataxiques s'atténuèrent. Ces malades n'étaient pas syphilitiques. Mais, dans les cas où la syphilis peut être mise en cause, Rumpf conseille encore de combiner ce traitement spécifique avec la faradisation. (*Neurol. Centralbl.* , novembre 1882, et *The London med. Record.*, 15 mars 1883, p. 109.)

Du diagnostic entre la paralysie hystérique et la polyomyélite antérieure, par Bennett. — Ce diagnostic est souvent difficile. Parfois même, d'après l'auteur, il serait impossible. Toutefois, deux caractères importants ont une grande valeur: l'absence des réflexes et l'abolition de la réaction électro-musculaire, dans les pertes des mouvements produites par la polyomyélite. Il n'en est jamais ainsi dans les paralysies hystériques. (*The Lancet,* 18 novembre 1882.)

Du nitrite d'amyle dans la fièvre intermittente tétaniforme (*Tétanic intermittent fever*), par le docteur Larionoff. — Chez un malade atteint d'accès pernicieux, caractérisés par du coma, de l'anesthésie, du refroidissement, l'auteur a fait usage d'inhalation de nitrite d'amyle. L'amélioration fut rapide. Le docteur Saunders (*New-York med. Rec.*, 17 janvier 1880) a obtenu la guérison d'accès intermittents de cette nature par le même moyen. De plus, Sawetzky (*Vœenn Mediz. Journ.*, septembre 1879), en analysant quarante-quatre

observations de fébricitants et vingt-huit de malades exempts de fièvre, a pu conclure : 1° que le nitrite d'amyle est un antithermique ; 2° qu'il a une action plus marquer sur les fébricitants que sur les autres malades ; 3° qu'il est spécialement indiqué aux phthisiques, de préférence aux autres anti-thermiques (bains froids, salicylate de soude et quinine). (*Mediz Obazr.*, février 1882 et *The London med. Record,* 15 janvier 1883, p. 14.)

L. D.

De l'action des trijumeaux sur l'organe de l'ouïe, par Kirchner et Aschenbrandt. — Ces expérimentateurs ont fait porter leurs recherches sur la troisième branche du trijumeau comme étant la plus facile à mettre à découvert, à atteindre et à sectionner sans produire des dégâts capables de modifier les résultats de l'expérimentation. Ils ont opéré sur le chat non hypnotisé ni curarisé.

Après avoir mis à nu la branche maxillaire inférieure à sa sortie du crâne, ils l'ont sectionnée et y ont fait passer des courants d'induction à l'aide de l'appareil d'induction de Spamer. Le passage d'un courant faible, durant 10 secondes, permettait de distinguer très facilement le réseau vasculaire de l'oreille moyenne. Au bout de ce temps, la membrane muqueuse pâlissait peu à peu.

L'irritation renouvelée une seconde, puis une troisième fois, augmentait l'intensité du phénomène, et sous l'influence d'une excitation prolongée, la membrane tout entière devenait livide. Quelques secondes après la fermeture du courant, l'état normal était rétabli. Pendant la dilatation des vaisseaux et le passage du courant, on observait une augmentation dans la sécrétion d'un liquide séro-muqueux, lequel tarissait par la cessation du courant.

La simple division du nerf ne provoquait d'une façon manifeste aucun de ces phénomènes.

La route suivie par l'excitation faradique, susceptible de produire ces dilatations vasculaires et cette hypersécrétion, reste à déterminer ; mais l'expérimentation vient confirmer ce que la clinique avait déjà révélé, à savoir : le rapport qui relie la névralgie de la cinquième paire avec l'hyperémie et l'inflammation de la cavité tympanique, les modifications passagères de l'ouïe qui disparaissent avec la névralgie.

Ces recherches établissent les relations existant entre la troisième branche et le ganglion otique d'une part et la muqueuse de la caisse d'autre part, par analogie avec les relations qui existent déjà entre les phénomènes hyperémiques inflammatoires et sensoriels dont la cavité des fosses nasales est le siège, et l'irritation concomitante du ganglion sphéno-palatin et de la deuxième branche. — *(The influence of the nervus trigeminus on the organ of Hearing; the London Medical Record,* du 15 juillet 1883 ; et *Das Monatsschrift für Ohrenheilkunde.)* — L. Dn.

BIBLIOTHÈQUE

Traité des signes de la mort, par M. le docteur E. Bouchut ; 3e édition. Paris, J.-B. Baillière ; 1883.

Ce petit livre en est à sa troisième édition. C'est assez dire que la faveur du public ratifie le jugement que l'Académie et l'Institut portaient sur cet ouvrage quand naguère ils couronnaient son auteur.

Dans cette nouvelle édition, M. Bouchut a complété plusieurs chapitres par l'étude des signes de mort indiqués dans ces derniers temps, à savoir : 1° les altérations immédiates du fond de l'œil, constatées par l'ophthalmoscope ; 2° la loi de l'abaissement continu de la température à + 20 degrés. — De plus, il a ajouté à ce volume des documents administratifs relatifs à la constatation des décès et un exposé de la jurisprudence actuelle de la question.

M. Bouchut complète donc son œuvre d'une édition à l'autre, et ce petit livre continuera par conséquent d'être lu avec profit et consulté par tous ceux que leur profession met en devoir de constater si la mort est réelle ou apparente. — L. D.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT DU 30 JUILLET AU 4 AOUT 1883.

Jeudi 2 août. — M. Casaubon : Contribution à l'étude de la granulie des synoviales articulaires. (Président, M. Richet.)

M. Langot-Wulfranc : Les hémorrhoïdes et leur nouveau traitement par la pince-cautère écrasante. (Président, M. Richet.)

M. de Saint-Martin : De la rupture de la tunique vaginale dans l'hydrocèle. (Président, M. Richet.)

M. Grégoire : De la paralysie faciale chez les diabétiques. (Président, M. Cornil.)

M. Aubiban : Ostéophyte crânienne chez les femmes enceintes. (Président, M. Cornil.)

M. Doré : Recherches expérimentales sur l'influence de la température des femelles en gestation, sur la vitalité du fœtus et la marche de la grossesse. (Président, M. Cornil.)

M. Coundouris : Le diabète dans ses rapports avec les lésions des membranes externes de l'œil. (Président, M. Panas.)

M. de Sallier-Dupin : Cautérisation ignée dans les hydrophthalmies. (Président, M. Panas.)

M. Poupelle : De la synovite tuberculeuse des gaînes tendineuses. (Président, M. Panas.)

M. Grégoire (Théodore) : Considérations sur quelques points de la paralysie générale. (Président, M. Ball.)

M. Soula : Essai sur l'influence de la musique et son histoire en médecine. (Président, M. Ball.)

M. Rayer : De la langue noire. (Président, M. Peter.)

Vendredi 3. — M. Martin (André) : L'administration sanitaire civile à l'étranger. (Président, M. Béclard.)

M. Deblenne : Essai de géographie médicale de l'île Nossi-bé, près de la côte nord-ouest de Madagascar. (Président, M. Béclard.)

M. Jarrige : Des difficultés de diagnostic de la péritonite tuberculeuse. (Président, M. Potain.)

M. Brazier : Considérations anatomiques et cliniques relatives à l'extirpation du sac herniaire au cours de la kélotomie. (Président, M. Guyon.)

M. Bouley : Etude historique, expérimentale et critique de la taille hypogastrique. (Président, M. Guyon.)

M. Cadet : Du côté sain dans la coxalgie. (Président, M. Verneuil.)

M. Iresco : De l'influence de la grossesse et de l'accouchement sur les ostéo-arthrites. (Président, M. Verneuil.)

M. Amourel : Des tumeurs fibreuses des grandes lèvres. (Président, M. Verneuil.)

Samedi 4. — M. Albespy : Des lésions de l'orifice mitral chez les ataxiques. (Président, M. Peter.)

M. Caix : Eclampsie puerpérale précoce. (Président, M. Peter.)

M. Jubineau : Etude sur le tabes dorsal spasmodique. Sclérose primitive des faisceaux latéraux. (Président, M. Peter.)

M. Clament : Du suicide dans quelques formes d'aliénation mentale. (Président, M. Ball.)

M. Sabourin : Des rapports qui unissent quelques maladies de l'enfant à celles de la mère et réciproquement. (Président, M. Ball.)

COURRIER

Nécrologie. — M. le docteur Morvan, ancien député du Finistère à l'Assemblée nationale, est mort ces jours derniers, à Douarnenez, à la suite d'un accident de voiture dont il avait été victime en revenant de visiter un malade.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Paul Dubois, membre du Conseil municipal de Paris, médecin du Dispensaire de salubrité, décédé le 25 juillet, à l'âge de 42 ans.

Mission. — M. le docteur Javal est chargé d'une mission ayant pour objet la visite, au

point de vue spécial des questions relatives à l'hygiène, des écoles de l'empire d'Autriche-Hongrie.

Service médical de nuit. — Pendant le deuxième trimestre de cette année, du 1er avril au 30 juin, le service médical de nuit dans la ville de Paris, d'après la statistique de M. le docteur Passant, a fait 1,598 visites (80 de plus que dans le trimestre correspondant de l'année dernière). Les arrondissements qui ont réclamé le plus de visites sont le 20e (187), le 11e (146), le 17e (123), le 13e (122), le 18e (118), le 14e (112). Ceux qui en ont le moins réclamé sont le 16e (39), le 9e (34), le 1er (28), le 8e (19).

La moyenne des visites par nuit a été de 17 1/2.

Les femmes entrent pour plus de moitié dans cette statistique (193 cas d'accouchement ou de délivrance, 43 cas de fausses-couches, etc.).

Parmi les cas les plus urgents, nous en trouvons 22 de croup, 15 de cholérine, 22 de hernie étranglée, 15 d'empoisonnement, 5 d'asphyxie par le charbon, 7 de suicide. Dans 59 cas, l'urgence était telle que le malade était mort à l'arrivée du médecin.

Un hôpital provisoire. — M. le directeur de l'Assistance publique demandait au Conseil municipal de Paris un crédit de 1,500,000 francs pour créer un hôpital provisoire de 600 lits en vue de parer à l'éventualité de l'apparition du choléra.

La commission chargée d'examiner cette ouverture de crédit a trouvé la demande du directeur de l'Assistance publique exagérée; elle a proposé au conseil;

1° D'accorder à l'Assistance publique une somme de 400,000 fr.;

2° De consacrer cette somme à la construction de baraquements pouvant recevoir deux cents lits, cent pour les hommes et cent pour les femmes, avec les services généraux indispensables.

Ces baraquements devront être établis sur un des bastions de l'enceinte fortifiée et disposés de manière à servir ultérieurement, au besoin, d'hôpital pour les malades affectés de maladies contagieuses: variole, fièvre typhoïde, etc.

Le Conseil municipal, dans sa séance du 27 juillet, après adoption de ces conclusions, a voté, en outre, sur la demande de M. le directeur de l'Assistance publique, appuyée par M. Gamard, une somme supplémentaire de 80,000 francs pour la lingerie, les matelas et les autres objets mobiliers.

Société protectrice de l'enfance de Lyon. — *Prix à décerner en 1884.* — La Société protectrice de l'Enfance de Lyon met au concours la question suivante:

De l'utilité de créer de petits établissements destinés à recevoir les enfants depuis leur sortie des crèches jusqu'à leur admission dans les salles d'asile.

(*Crèches de sevrage. Salles d'asile du premier âge.*)

Une médaille d'or sera décernée par la Société, dans la séance publique de 1884, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet.

Les mémoires devront être adressés *franco* avant le 31 janvier 1884, à M. le docteur V. Chappet, secrétaire général, cours Morand, 20.

Ils porteront en tête une épigraphe, qui sera répétée sous un pli cacheté et renfermant le nom et l'adresse de l'auteur.

Conformément aux usages académiques, les mémoires envoyés ne seront pas rendus.

La Société se réserve, si elle le juge convenable, et avec l'assentiment de l'auteur, d'imprimer elle-même, *à ses frais*, le mémoire couronné.

Hospice général de Tours. — La Commission administrative de l'Hospice général de Tours donne avis, qu'en vertu de sa délibération en date du 16 juillet 1883, un concours pour la nomination à trois places d'interne en pharmacie et à quatre places d'interne provisoire du même service, aura lieu, cette année, le mardi 21 août, à neuf heures du matin.

Durée des fonctions, traitement, etc. — La durée de l'internat est fixée à 2 ans. Les internes sont logés, nourris, chauffés et éclairés; ils reçoivent un traitement de 400 francs la première année, et de 600 francs la seconde.

Les internes provisoires, appelés à faire un intérim, jouiront pendant leur intérim du traitement du titulaire et des autres avantages en nature qui lui sont attribués.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Clinique Médicale des Hôpitaux

AORTITE AIGUE A RÉPÉTITION

(DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT).

Hôpital Tenon. — (Service de M. Henri Huchard.)

Des aortites aiguës. — L'*aortite aiguë à répétition;* ses poussées. — Crises dyspnéiques et pseudo-gastralgiques d'origine aortique. — Formes cliniques de l'aortite aiguë à répétition. — Forme *pulmonaire* et angine de poitrine pulmonaire. — Toux, dyspnée, expectoration. — Forme *pseudo-gastralgique* et angine de poitrine pseudo-gastralgique : vomissements, épigastralgies. — Forme *cardio-aortique* et angine de poitrine cardiaque; pseudo-angine de poitrine et angine de poitrine vraie. — Forme *mixte.* — Aortite *latente* ou *fruste.* — Terminaison. — Etiologie. — Importance de l'intervention thérapeutique. — Ses indications.

C'est une histoire assez obscure que celle des inflammations de l'aorte; cependant, la connaissance de cette affection daterait de loin. Avant Portal, avant la XXVI[e] lettre de Morgagni, il serait, dit-on, possible d'en emprunter quelques exemples à Cœlius Aurelianus, à Galien et même à Arétée, ce clinicien fameux que l'Ecole surnommait volontiers : *Insignis Cappadociæ medicus* et *vetutissimus.*

Malgré cette antiquité, l'aortite ne prit rang dans la pathologie qu'avec les travaux de Frank sur les artérites, la théorie de la fièvre angioténique que Pinel substituait à la *febris synochus* de Cullen, et la doctrine de l'*angio-cardite* de Bouillaud. Les discussions auxquelles ces dernières donnèrent lieu, provoquèrent de nombreuses recherches anatomo-pathologiques; on connut donc les lésions de l'aortite avant d'en avoir nettement déterminé la physionomie clinique. De là une grande lacune dans la pathologie des angio-cardiopathies, lacune sur laquelle M. Henri Huchard attirait der-

---

FEUILLETON

CAUSERIES

Voilà qui est bien convenu, bien démontré : le choléra n'a pas été importé en Egypte. Ce sont les rapports officiels des médecins et des fonctionnaires anglais qui viennent de nous l'apprendre.

Voyez cependant combien les vieilles idées, les vieilles erreurs se perpétuent et sont accueillies par la foule. Vous et moi, et tant d'autres, nous nous figurions que le choléra était originaire de l'Inde; que l'Egypte était à la place d'honneur pour le recevoir, quand il s'étend hors de son berceau, et que certaines circonstances récentes avaient dû singulièrement favoriser cette migration.

Eh bien, ce n'est pas cela du tout. Le choléra ne vient pas de l'Inde, et l'on nous prouvera bientôt qu'il y est totalement inconnu; les provenances de ces parages ne sauraient donc être suspectes, et la prétention de leur faire subir des quarantaines est une abominable tyrannie.

Quant à l'importation du choléra en Egypte, c'est une invention malveillante lancée par les Français, qui espèrent se venger ainsi de n'avoir point participé au bombardement d'Alexandrie.

De par les scrupuleuses investigations des Anglais, il est, au contraire, avéré que le choléra n'a pas été importé en Egypte.

nièrement l'attention de ses élèves, en leur exposant avec quelques-unes de ses idées l'état de la science sur ce sujet, à l'occasion d'un fait d'*aortite aiguë à répétition.*

Le malade occupe le lit n° 9 de la salle Barth. Vieillard de 66 ans, il est exempt d'antécédents héréditaires et de manifestations diathésiques: syphilis, goutte ou hémorrhoïdes. Ancien soldat de l'armée d'Afrique, il n'est ni paludique, ni alcoolique, mais il a contracté l'habitude de boire quotidiennement la quantité excessive d'un litre de café. Naguère, habitant un endroit humide, il a bien éprouvé des douleurs articulaires, mais celles-ci n'avaient pas un caractère rhumatismal bien défini.

Atteint en 1881, pour la première fois, de palpitations de cœur et d'étouffements durant les efforts musculaires, il entrait à l'hôpital Necker où, en deux mois, sous l'influence du repos, des toniques et du régime lacté, ces accidents disparaissaient.

L'amélioration dura quatre mois, après lesquels survint une deuxième poussée de semblables accidents, mais accompagnés en plus de toux et d'œdème périmalléolaire. Traité alors à l'hôpital Tenon, il en sortait après son rétablissement, en octobre dernier.

En février, cet homme dut abandonner son emploi qui l'exposait à de grandes fatigues. Aux accidents précédents s'ajoutait une violente douleur épigastrique qui caractérisait nettement cette troisième phase de la maladie et l'obligeait à se faire admettre encore une fois à l'hôpital.

A première vue, on est frappé par l'expression de la physionomie de ce malade. Son visage pâle, son teint cireux et parfois terreux, donne à son facies un aspect tout spécial différent de celui d'un cardiaque. Son attitude accuse une profonde gêne des fonctions respiratoires; assis sur son lit, il reste immobile et redoute tout mouvement, tout effort, tout déplacement, quelque faible qu'il soit.

Vers la fin du jour, entre quatre et cinq heures, — il le sait par expérience, — la gêne respiratoire augmente, la dyspnée devient paroxystique. A ce moment, la respiration s'embarrasse, l'oppression est extrême, les inspirations sont hautes, il suffoque, il croit asphyxier, et cette dyspnée persistera une partie de la nuit, sans jamais affecter le type de Cheyne-Stokes. Ce n'est pas là, assurément, une dyspnée pulmonaire; l'auscultation et la percussion démontrent l'intégrité des organes de la respiration.

Donc, s'il n'y a pas été importé, il y est né spontanément; et voilà un chapitre quelque peu important de l'épidémiologie bouleversé de fond en comble.

Au choléra asiatique, à supposer que son existence soit encore acceptée, il faut substituer le choléra égyptien; car on admettra bien que cette nouvelle entité a fait ses preuves et conquis sa place dans le cadre des maladies épidémiques, par le seul fait de ses ravages actuels.

C'est déjà une nouveauté curieuse, et dont les conséquences ne le sont pas moins.

Ainsi, entre l'Inde et l'Egypte, les rôles vont se trouver complètement intervertis. Ce n'est plus l'Egypte qui aura à craindre de recevoir le choléra de l'Inde, c'est l'Inde qui aura à se méfier de l'Egypte, et je ne désespère pas que, dans les ports de l'Inde, on ne soumette à la quarantaine les provenances d'Egypte pour se garantir du choléra.

Il est certain que, vu la proximité relative des deux pays, leurs communications faciles, leurs rapports fréquents, cette découverte de la spontanéité du choléra en Egypte est une mauvaise affaire pour l'Inde, qui aura sérieusement à se préserver contre tout ce qui viendra de la mer Rouge.

Que l'Inde et l'Egypte s'arrangent entre elles et se renvoient la balle, ce serait chose secondaire. Mais, pour nous, les conséquences de la susdite découverte seraient autrement graves, puisqu'elle nous constituerait le choléra à l'état de proche voisin, à une portée de bateau à vapeur. Plus de lointaines origines et de longues distances à parcourir; c'est là, en face, que le choléra prend naissance, et de là qu'il peut nous arriver d'un seul bond.

Heureusement, cela n'est pas sérieux, et cette affirmation, propagée par les journaux, n'a pas dû tromper beaucoup de gens, pas même ceux qui l'ont mise en circulation, et

Ce n'est pas non plus une dyspnée cardiaque; il n'existe pas au cœur de trouble qui puisse l'expliquer. D'ailleurs, les attaques de dyspnée cardiaque sont bien différentes; elles n'accompagnent, comme l'ont établi MM. Potain et Rendu, que des lésions mitrales à toutes leurs périodes, ou des lésions aortiques anciennes.

Cette dyspnée n'est pas d'origine urémique ; on en trouve la preuve dans l'absence d'accidents brightiques et de troubles urémiques dans les autres organes. Par l'essai qualitatif des urines, on aperçoit à peine un très léger nuage albumineux. Quantitativement, elles sont diminuées, et leur poids quotidien n'excède pas 500 grammes. Est-ce là un signe d'une valeur diagnostique absolue en faveur de l'urémie ou d'une affection brightique? Non assurément, puisqu'il existe dans d'autres maladies et en particulier dans les affections aortiques.

Dans la pathogénie de ces troubles respiratoires, le cœur, le poumon, les reins sont hors de cause ; la dyspnée possède donc une autre origine ; d'ailleurs d'autres symptômes en témoignent, c'est une dyspnée aortique.

Ces accès dyspnéiques ne sont pas les seuls troubles morbides nocturnes ; loin de là ; ils annoncent d'autres phénomènes qui, par leur siège et leur violence sont au premier abord, comparables à des crises de gastralgie. Il n'en est rien cependant. Indépendantes de l'état de plénitude ou de vacuité de l'estomac, souvent nocturnes, ces crises débutent, en dehors des actes de la digestion, par une pesanteur épigastrique : la poitrine semble écrasée par un poids volumineux ; sensation pénible, angoissante, intolérable qui exaspère le malade.

De plus, cette douleur n'est pas la seule dont il se plaigne ; il éprouve à la base du sternum une sensation de déchirure de la poitrine, parfois de barre transversale, ou bien encore des irradiations pénibles dans les parois thoraciques et surtout dans le côté gauche.

Le foyer principal de ces crises est donc l'épigastre ; le malade en place le siège dans l'estomac ; cependant, s'inspirant du mémoire déjà ancien de Leared sur les pseudo-gastralgies d'origine aortique (1), — M. Huchard a

(1) Leared. *On disguised diseases of the heart.* (*Med. Times and gazette,* 1869, t. I, p. 695.) — Henri Huchard, *Union méd.*, 1879.

---

dont le travail est cousu de fil blanc. Cette idée du choléra non importé est un mauvais replâtrage des négligences de l'année passée; elle ne peut donner le change, et elle a le tort grave de friser la mauvaise foi, particulièrement odieuse dans les questions où l'humanité et la science sont également intéressées. Le verbe *friser* indique suffisamment, je l'espère, la discrétion avec laquelle je tiens à effleurer ce grave sujet.

Qu'une personne joyeuse, soupçonnée de mésintelligences avec Vénus, cache son mal et se défende d'en avoir fait cadeau à son prochain, cela se comprend encore; mais on s'explique moins ce bill d'indemnité que s'accordent à eux-mêmes les complices probables de l'arrivée du choléra en Egypte, et cela sous le couvert d'une grosse hérésie scientifique.

C'est, en outre, un mauvais calcul, et les Anglais n'ont pas réfléchi aux complications que leur vaudrait cet aperçu nouveau, du choléra spontané en Egypte. Car si l'on voulait prendre la chose au pied de la lettre, c'est désormais de l'Inde sur l'Egypte que tous les gouvernements devraient reporter leurs suspicions, et c'est aux provenances d'Egypte que s'appliqueraient normalement toutes les mesures de préservation jusqu'ici réservées pour celles de l'Inde, avec d'autant plus de sévérité que le nouveau foyer serait plus rapproché de nous. Dès lors, on ne voit pas bien le bénéfice de la combinaison pour les Anglais.

L'histoire était cependant préparée de longue main, et les documents de la fabrication du choléra par les Egyptiens avaient été répandus par la voie des journaux illustrés qui sont très prolixes en Angleterre.

Ce furent d'abord trois cents bœufs, amenés à Port-Saïd par un navire russe, et qu'on dut jeter à la mer pour cause de maladie. Les gravures d'origine anglaise et qu'on a pu

insisté sur ce point, — l'estomac n'est pas en cause : l'exploration démontre l'intégrité absolue des fonctions et des organes digestifs.

Pourrait-on aussi les confondre avec des coliques hépatiques pseudo-gastralgiques ? Elles n'en ont pas les caractères. Doit-on en chercher l'origine dans les nerfs de la paroi thoracique ou une névralgie du nerf phrénique ? Nullement, car il n'existe ni points douloureux intercostaux ni localisation sur le trajet des cordons nerveux du phrénique. Indépendantes de l'estomac, du foie et des parois thoraciques, ces crises douloureuses ne peuvent donc siéger ailleurs que sur les nerfs splanchniques.

Que trouve-t-on par l'examen du cœur ? La pointe bat dans le sixième espace en dehors du mamelon ; la matité préaortique est légèrement accrue à droite ; enfin, derrière le sternum, sur le trajet de l'aorte on entend un bruit de piaulement ayant augmenté au moment de la poussée inflammatoire et auquel s'est ajouté, depuis l'entrée du malade dans le service, à l'orifice mitral, un souffle faible, léger, récent et par conséquent d'origine fonctionnelle. A l'exploration des vaisseaux, les sous-clavières ne sont pas soulevées ; mais il existe du gonflement des jugulaires, du bondissement des carotides, surtout à droite ; de la lenteur et de la régularité du pouls et enfin de l'athérome vasculaire.

Conséquemment, le diagnostic n'est pas douteux : ce malade, atteint d'artério-sclérose, a une *aortite aiguë à répétition, avec rétrécissement et légère dilatation aortiques, et avec insuffisance mitrale fonctionnelle par suite de la dilatation cavitaire du cœur.*

Ici, cette aortite aiguë affecte la forme *pseudo-gastralgique :* l'épigastralgie est le symptôme dominant et débute soudainement pendant le repos de l'estomac. C'est bien là un des caractères des pseudo-gastralgies d'origine aortique, comme chez ce malade de M. Potain (1) qui entrait à l'hôpital avec les apparences d'une gastralgie vraie, et qui était en puissance d'une affection aortique et aussi, comme dans les observations publiées naguère par M. Henri Huchard dans son travail sur l'*Angine de poitrine cardiaque et pulmonaire.*

Que suivant le siège de la douleur, cette aortite prenne des allures de gastralgie ou d'hépatalgie ; qu'elle se manifeste par des vomissements;

(1) Potain. Leçon clinique du 21 février 1879. In *Revue médicale*, 8 mars 1879, p. 280.

---

voir reproduites dans nos principales publications illustrées, nous montrent les cadavres de ces animaux, roulés par les vagues, rejetés sur le rivage, attirant les oiseaux de proie et des légions de crabes, qui se dressent sur leurs pattes pour mieux jouir du spectacle.

Une seconde pièce du même dossier représente un village, habité par de pauvres pêcheurs, vivant dans des huttes de roseaux, et au milieu des odeurs insupportables du poisson pourri. Il paraît que, chez ces malheureux, le poisson est toujours pourri ; peut-être même le pêchent-ils dans cet état.

Il est certain que ces carcasses d'animaux et ces poissons pourris constituent de terribles foyers d'infection, et les nouvelles du Caire ne dissimulent pas que, dans les quartiers indigènes, l'air n'est pas précisément embaumé, ni le sol des rues jonché de roses. Que le choléra ait trouvé dans ces tristes populations un milieu approprié, c'est ce que l'événement ne prouve que trop ; mais qu'il y soit né de toutes pièces, que l'importation soit une fable, c'est ce qui reste à démontrer, et c'est le point capital dans l'histoire de cette épidémie.

En attendant, les lettres d'Egypte nous arrivent, comme j'en ai vu, traversées de part en part de trois coups de canif (comme un simple contrat), qui permettent aux désinfectants de pénétrer dans l'enveloppe et entre les plis du papier. J'ignore quels procédés sont employés pour cette opération ; elle ne laisse d'autre trace que les coups de canif, mais ni odeur, ni altération de l'écriture.

Ce qui pourrait arriver de fâcheux pour la sécurité publique, ce serait l'apparition de quelques cas de choléra nostras, qui seraient pris immédiatement pour du choléra asiatique, et ne manqueraient pas de causer une panique. Si ce point n'est pas signalé dans

qu'elle soit plus ou moins analogue aux crises gastriques du tabes, comme Moxon en cite des cas (1); qu'elle donne lieu à des éructations gazeuses (2); qu'importe; l'invasion des accidents et leur disparition sont toujours *soudaines*. M. Bucquoy (3) a signalé ce caractère sur lequel il y a lieu d'insister parce qu'il distingue l'aortite pseudo-gastralgique des affections de l'estomac. Les autres formes le possèdent également, ce qui montre à nouveau que les variétés dans les manifestations fonctionnelles de l'aortite ne dépendent pas de l'étendue des lésions inflammatoires, mais bien de leur siège (4) et de l'irritation dans l'un ou l'autre des départements du pneumogastrique ; département stomacal, pulmonaire ou bien cardiaque.

Voici la forme *pulmonaire :* Les accidents fonctionnels varient, mais leur invasion n'en est pas moins brusque. Tantôt le malade expectore tout à coup des matières opaques ou blanchâtres; parfois la toux est sèche, dure, fréquente, aortique (5), ou bien les crachats sont sanglants, hémoptoïques, avec ou sans signes physiques d'apoplexie ou d'infarctus pulmonaires; lésions fréquentes dans les insuffisances aortiques et dans la pathogénie desquelles on fait intervenir le nerf pneumogastrique (6). Alors aussi, on voit, à titre de complications, survenir des pleurésies : pleurésies d'emblée, ou avec noyau pulmonaire apoplectiforme; pleurésies simples, ou avec péricardite; de là une division anatomo-pathologique des aortites en périaortites par contiguïté, c'est-à-dire avec pleuro-pneumonie, et en endoaortites par continuité, c'est-à-dire avec endocardites (7).

(1) Moxon. *Crownian lect. on the influence of the circulation on the nervous system. (The Lancet*, 30 avril 1881.)

(2) Thomassini. *Annales de thérapeutique*, 1844.

(3) Bucquoy. *Journal de méd. et de chir. prat.*, p. 439, oct. 1882.

(4) Worthington. *Aortite aiguë.* (*The Lancet*, 1832, p. 254.) — Sabatier. *Union méd.*, 1859. — Cahen. *Archives de méd.*, 1859. — Borneque. *Contribution à l'étude de l'aortite aiguë.* Thèse inaug. Paris, 1883.

(5) Thierfelder. *Drei Falle von acuter Entzundung der aorta.* (*Monast. f. med. augenh. u. chir.* Leipsik, 1840, p. 190-206.)

(6) Eickhorst. *Central. f. med. Wiss.*, 1879, nº 10.

(7) Bouillaud. *Nosographie méd.*, t. I, p. 438, 1846, et *Clinique méd.*, 1837, t. II, p. 18. — Voir Troisier, Société anat., 1869. — Hayem. *Endartérite de l'aorte*, Société anat., 1869,

---

les instructions répandues en vue du choléra, il méritait de l'être ; car la connaissance des accidents cholériformes que comporte la saison actuelle éviterait précisément au public cette méprise, qui l'inquiéterait sans raison.

Il faudrait donc se garder de crier à l'invasion et de voir le choléra indien, là où éclateraient seulement des cas de choléra indigène, fussent-ils graves et même mortels. Le parent éloigné du grand choléra n'est pas toujours inoffensif, tant s'en faut, et pour n'être pas indien, il n'en est pas moins perfide. Je lui ai vu enlever en douze heures des malades dont l'état excitait à peine la défiance, dans des années et dans des lieux où il ne pouvait être question du moindre souffle asiatique. Pareille chose arrivant aujourd'hui dans une ville, surtout dans nos villes du midi, et c'est le moment où se voient ces accidents saisonniers, devra donc être discernée et interprétée sans hâte et sans affolement.

C'est peut-être l'explication des Anglais pour le choléra d'Egypte, ce que contredisent formellement, d'après toutes les idées reçues, les allures et les ravages de l'épidémie.

Nous sommes d'ailleurs à une époque de fléaux, il faut s'y résigner; il en sévit partout: le choléra en Egypte, les sauterelles en Russie, puis encore les élections, les pots-de-vin, les Pavillons-Noirs, les distributions de prix, etc., etc.

Le plus récent, qui ne prête pas à rire, est ce désastre de l'île d'Ischia, l'un des plus meurtriers qu'on trouve dans l'histoire. Il fait songer tout de suite à Herculanum et à Pompéi ; et de jour en jour, à mesure qu'on se rend mieux compte de la catastrophe, l'évaluation du chiffre des morts s'élève de un à quatre ou cinq milliers de victimes, ensevelies au même instant dans le même tombeau.

L'impression que donne un tremblement de terre est une des plus saisissantes qu'on

Tantôt les troubles respiratoires sont franchement dyspnéiques, et le pseudoasthme aortique peut être confondu avec l'asthme urémique (1) ou l'asthme cardiaque. Cette confusion est d'autant plus aisée que l'urine est rare, l'albuminurie fréquente, et qu'il existe souvent de l'œdème et des lésions cardiaques anciennes.

La forme est-elle *cardio-aortique?* La maladie prendra le type *angineux* et se reconnaîtra difficilement des autres variétés d'*angor pectoris*. En vain on invoquera les commémoratifs; la permanence de la gêne respiratoire et de la pesanteur rétro-sternale, l'exagération des battements aortiques et même, avec Bamberger, des sensations de coups de marteau dans le dos ou le sternum. Ce sont là des signes de probabilité; la répétition des poussées inflammatoires aortiques est cliniquement le seul indice de quelque valeur.

L'affection vient-elle à retentir sur le muscle cardiaque et à déterminer une insuffisance mitrale fonctionnelle par dilatation? Le diagnostic sera d'autant plus obscur que les signes des deux maladies se mélangeront, que la cardiopathie sera plus ancienne, et qu'on n'aura pas été témoin du début et de l'évolution des lésions postaortiques. Dans aucun cas, cependant, un tel ensemble symptomatique n'autorisera à créer une forme mitrale d'aortite aiguë. Ici, en effet, la lésion organique du cœur ne se manifeste qu'à titre de complication, comme interviendrait une péricardite concomitante.

La forme est-elle *mixte?* Les troubles morbides varieront suivant les modifications pathologiques de l'innervation des divers organes animés par le pneumogastrique. Ils alterneront simultanément ou successivement à des intervalles rapprochés ou éloignés, et donneront à cette forme une physionomie symptomatique variable et une grande mutabilité d'allures cliniques (2).

Assez souvent, l'aortite aiguë est *fruste* ou *latente;* son début insidieux;

p. 146. — Rendu, Société anat., 1874. — Hanot. *Aortite avec péricardite, mort subite.* (*Bull. de la Société anat.*, 1874, p. 446, t. XLIX.) — Paulin, Société auat., 1875.

(1) Dujardin-Beaumetz. *Note sur un cas d'aortite aiguë.* (*Union méd.*, 28 août 1879.)

(2) Habershon. *Some clinical focts connected with the pathology of the pneumogastric nerve.* (*Guy's hosp. rep.*, 95, p. 129.)

---

puisse éprouver. J'en ai vu un, dans mon enfance, et je m'en souviens comme d'hier. On est d'abord violemment secoué dans son lit et l'on perçoit ensuite la singulière musique des meubles heurtés contre les murs, des sonnettes mises en branle, de tous les menus objets qui tombent et s'entrechoquent. En même temps, un grondement sourd se fait entendre, et les animaux, participant d'instinct au trouble du moment, joignent leurs cris à ce concert fantastique.

Une pareille surprise, au milieu de la nuit, n'est pas exempte d'angoisses, lors même que le dérangement de la croûte terrestre ne va pas jusqu'au formidable coup d'épaule qui vient de culbuter les malheureux villages de l'île d'Ischia. On ne sait pas encore combien ils sont sous les décombres, et l'on renonce à les enterrer, pour les laisser dormir sous ce gigantesque mausolée. Leurs ancêtres de Pompéi furent plus doucement ensevelis sous le lit de cendres qui nous les a conservés, et dont on nous faisait admirer jadis, en vers latins, l'action à la fois destructive et préservatrice.

Quant à savoir pourquoi les tremblements de terre se produisent pendant la nuit, le célèbre Calino en a trouvé la raison : c'est comme pour les incendies, parce que les feux souterrains s'allument la nuit, comme les becs de gaz.

LUBANSKI.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Chaillery, médecin du bureau de bienfaisance du 19e arrondissement de Paris, décédé le 17 juillet 1883, dans sa soixante-neuvième année.

les accidents terminaux éclairent seuls le diagnostic. Telles sont les observations de M. Bucquoy, dans ses *Cliniques,* et de M. Huchard, dans son mémoire récent sur les *Angines de poitrine* (1). De là, le masque hystérique que prend parfois la maladie, les sensations de boule et le tympanisme (2) signalés dans quelques cas.

« *Il y a des malades qui ont l'angine de poitrine dans l'estomac, dans le cœur ou dans le poumon.* » (Huchard); d'autres ne l'ont que dans un seul ou deux de ces organes. C'est là un fait d'observation dont la pathogénie n'est en désaccord ni avec la théorie des synergies morbides du pneumogastrique, ni avec celle de la névrite cardiaque (3), et dont la connaissance n'est pas moins utile pour le diagnostic que pour le pronostic et l'étiologie des aortites aiguës.

C'est qu'en effet ce pronostic, en dehors des complications qui modifient la marche de la maladie, est d'une gravité différente suivant les formes de l'aortite aiguë. Dans la forme cardiaque, une syncope mortelle est la terminaison fréquente. Dans la forme pulmonaire, la gêne respiratoire augmente graduellement, l'asphyxie est progressive et la mort lente. L'aortite, à forme gastralgique, est moins rapidement fatale, et, chez notre malade, les accidents initiaux datent déjà de deux années. C'est que la marche de l'aortite aiguë à répétition consiste dans des poussées successives séparées par des intervalles de repos; l'échéance fatale est donc retardée, et, à moins de complications cardiaques, la mort ne survient que par le progrès de l'état cachectique général.

Quel compte faut-il tenir de l'*étiologie* dans le diagnostic et le traitement de l'aortite aiguë? Notre malade ne possédait pas d'antécédents morbides; il avait bien été exposé à l'action du froid, de l'humidité, des fatigues corporelles et aux inconvénients de l'abus du café, toutes causes occasionnelles, dit-on, de l'angine de poitrine.

L'âge aussi, et surtout la ménopause chez la femme, d'après M. Bucquoy, prédisposeraient à l'aortite, tous facteurs, à coup sûr, d'ordre secondaire; mais ici, comme chez tout athéromateux en puissance d'accidents cardio-aortiques, il intervient un autre élément pathogénique important : la diathèse scléreuse. N'est-ce pas là un terrain favorable aux poussées d'aortite aiguë?

De l'interprétation de tous ces faits résultent des *indications thérapeutiques* de majeure importance, puisque, par une intervention énergique et opportune, on peut suspendre la marche du processus inflammatoire, arrêter l'évolution des accidents fonctionnels, prévenir enfin ou du moins retarder l'établissement définitif des lésions organiques. Repos, absence d'efforts musculaires, régime lacté; telles sont les *indications hygiéniques* dont on peut vérifier l'efficacité dans l'histoire du malade de la salle Barth. On évitera encore le séjour au bord de la mer, le froid humide, l'abus de l'alcool, du tabac, du café et même l'usage continuel du thé qui, d'après Percival, produirait des accès angineux.

A l'*inflammation,* on opposera les antiphlogistiques : émissions sanguines locales; les révulsifs : vésicatoires, teinture d'iode, cautères, pointes de feu. On en préviendra le retour par les moyens locaux de protection : le plastron d'ouate préaortique ou la baudruche de Hamilton. Enfin, à titre de résolutif, l'iodure de potassium, et de préférence, si le traitement est de

(1) *Des angines de poitrine* (*Revue de médecine,* avril et juin 1883).

(2) Léger. Thèse inaugurale. Paris, 1877. — Armaingaud. *Sur une corrélation entre les maladies du cœur et l'hystérie chez l'homme.* Paris, 1878.

(3) Lancereaux. *De l'altération de l'aorte et du plexus cardiaque dans l'angine de poitrine. (Bull. de la Soc. de biologie,* 1864, *et Atlas d'anatomie.)* — Voir : H. Huchard, *loc. cit. Union méd.,* janvier 1883 : *Des synergies morbides du pneumogastrique.* — Peter, *Maladies du cœur,* 1883.

longue durée, l'iodure de sodium aux doses quotidiennes de 1 à 3 grammes seront d'une grande utilité.

Contre les *douleurs permanentes*, on emploiera avec succès tantôt la morphine, par la méthode hypodermique, tantôt les iodures ou les bromures alcalins, l'arsenic ou le sulfate de quinine et parfois le chloral. Contre les *crises dyspnéiques*, on pourra mettre à profit les propriétés eupnéiques de la morphine si efficaces dans les formes anginieuses et gastralgiques. Enfin les inhalations de nitrite d'amyle, la nitro-glycérine à l'intérieur ou en injections sous-cutanées, le valérianate d'amyle, le nitrite de sodium sont d'un utile secours contre les formes *cardiaques* et *pulmonaires*.

Existe-t-il de la dilatation et de l'hypertrophie cardiaques? On ne devra employer la digitale que si les cardiopathies s'accompagnent d'asystolie, et de préférence sous la forme pharmaceutique de macération de ses feuilles. L'œdème exigera l'administration des diurétiques. Ici encore, il faudra donner la préférence à ceux qui ne contiennent pas de digitale, comme par exemple le vin diurétique de la Charité.

Mais, dans ce traitement, il ne faut pas oublier que l'aortite est rebelle, que sa ténacité peut rebuter le médecin, et ses retours décourager le malade. D'ailleurs, que ce dernier aie son angine de poitrine dans le cœur, dans le poumon ou dans l'estomac, l'*aortite aiguë* est une affection toujours longue, parce qu'elle est à *répétition;* toujours *douloureuse*, *essentiellement douloureuse*, parce qu'elle siège sur l'aorte; ce qui, une fois de plus, établit une différence capitale entre les affections valvulaires du cœur, presque toujours indolentes, et les affections inflammatoires de l'aorte, presque toujours très douloureuses.

Ch. ELOY.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

EGYPTE. — Les chiffres officiels sont loin d'être complets et ne donnent qu'une idée imparfaite de la mortalité cholérique. Il faut ajouter que la prise de possession de l'administration supérieure des villes égyptiennes par des officiers anglais ne paraît pas, jusqu'ici avoir amélioré le service de la statistique obituaire.

Le 31 juillet on constatait 571 décès, dont 308 dans les provinces et 263 au Caire. L'épidémie paraît donc perdre de son intensité dans cette ville. D'autre part, elle gagne en étendue. A Ismaïlia, on a dû suspendre toutes les relations directes par bateaux avec Port-Saïd, parce que les cas de choléra sont nombreux parmi les indigènes et les soldats anglais. A Alexandrie, malgré la visite médicale de tout individu qui pénètre dans la ville, on compte chaque jour des cas d'invasion et des décès.

Le 1er août, le nombre des décès cholériques a été de 270 au Caire, de 1 à Alexandrie et de 264 dans les villes de l'intérieur. La maladie fait des victimes à Rosette, Dessouk et Fouah. Elle vient d'éclater à l'Atfek, localité où sont établies les pompes qui fournissent l'eau à Alexandrie par le canal Mahmoudieh.

Partout les troupes égyptiennes sont impuissantes à faire exécuter les prescriptions sanitaires. Retranchés à Hélouan et à Mokattam, les régiments anglais sont protégés par un cordon de sentinelles qui éloigne la population. Pendant l'évacuation du faubourg de Boulacq, au Caire, la police indigène dirigeait le troupeau des expulsés vers Tourah. A cette nouvelle, le général Stephenson fit exécuter l'ordre d'empêcher l'établissement des réfugiés à Tourah... Et cependant cette localité est distante du camp anglais d'Hélouan de 8 kilomètres! Ainsi donc, après avoir levé les quarantaines quand la vie des Arabes était seule menacée, les Anglais les établissent maintenant en faveur de leurs soldats.

Les conditions hygiéniques du pays sont toujours aussi défectueuses. On vend des viandes d'animaux morts aux affamés de Damiette; ailleurs, on jette dans le fleuve les carcasses et les débris de bœufs ou de chevaux, et partout la misère augmente. Les ournaux anglais reprochaient avec raison aux autorités indigènes leur incurie et leur inertie. Aujourd'hui, que font-ils donc de plus dans leur impassibilité et leur égoïsme britanniques, les nouveaux maîtres militaires du pays?

En attendant, le corps médical paye son tribut au fléau. Au moment où huit méde-

cins européens débarquaient en Egypte, un chirurgien militaire anglais succombait au choléra en même temps que le P. franciscain Patrick, aumônier de l'armée d'occupation. Les médecins font donc bien leur devoir en Egypte, où les autorités politiques le font si peu. Au nom de la confraternité médicale, qui ne connaît pas l'égoïsme des intérêts politiques ou commerciaux, nous rendons volontiers hommage à cette victime du devoir professionnel.

Depuis le début de l'épidémie jusqu'au 31 juillet, le total des décès cholériques est de 11,645; mais ce chiffre est trop faible puisqu'il ne comprend pas la mortalité des villages dépourvus de médecins. Or ces villages sont nombreux dans un pays où certains médecins ruraux sont honorés officiellement à raison de 75 francs par mois !

En tout cas, depuis huit jours, l'épidémie semble perdre de sa violence dans sa marche du Nord au Sud, le long de la rive droite de la branche orientale du Nil. Plus meurtrière à Damiette qu'à Mehallet-Kébir, à Mansourah et au Caire, elle semble suivre la direction nord-est du vent et remonter le courant du fleuve. Ce fait d'observation est certainement remarquable, mais ce serait à tort qu'on essayerait d'en tirer hâtivement quelques conclusions.

A *Smyrne*, on signale deux cas non mortels parmi les quarantainaires; par contre à *Beyrouth* l'état sanitaire est satisfaisant et on n'a plus observé de nouveaux cas cholériques. Un navire chargé de 400 fugitifs égyptiens, le *Charkieh*, a été repoussé du port de Smyrne. Le lazaret de l'île de Clazomène est en effet encombré. Ce vaisseau a dû retourner à Alexandrie; il y avait eu à bord quatre décès cholériques.

Europe. — A Marseille, l'arrivée du *Péluse*, venant d'Alexandrie et ayant perdu deux passagers par le choléra le lendemain de son départ, a fait redoubler les précautions. Ce navire, dont depuis six jours l'état sanitaire n'a pas laissé à désirer, a été envoyé en dehors de l'enceinte quarantainaire habituelle, à l'île du Ratonneau et il est question de lui imposer vingt jours d'observation.

Ajoutons qu'un navire de l'Etat doit compléter la surveillance autour du lazaret, des évasions s'étant encore produites dernièrement malgré les postes militaires de cet établissement. C. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Vulpian présente une note de MM. Bochefontaine, B. Féris et Marcus, sur les propriétés physiologiques de l'écorce du *Doundaké* et de la *doundakine*.

Le Doundaké est un arbrisseau (Rubiacée?) de la côte occidentale d'Afrique; son écorce, employée empiriquement comme fébrifuge par les indigènes du Rio-Nuñez, est rouge orangé, d'une saveur fortement amère, et formée de lamelles superposées qui se détachent facilement les unes d'avec les autres. M. Engel a soupçonné la présence d'un alcaloïde dans l'écorce, où Venturini a cru trouver de la *salicine*.

Nous devons à l'obligeance de M. Corre une certaine quantité d'écorce de Doundaké, dont nous avons pu isoler une base organique par le procédé suivant:

« L'écorce pulvérisée est soumise à la décoction dans l'eau acidulée par l'acide sulfurique. Le liquide filtré est traité par la chaux. Le précipité est recueilli sur une toile, égoutté et comprimé; le tourteau séché est épuisé par l'alcool au bain-marie. La solution alcoolique, concentrée par distillation, puis évaporée dans le vide, abandonne une substance que l'on purifie par de nouvelles évaporations. »

On obtient ainsi une poudre jaunâtre, formée de cristaux rhomboédriques visibles au microscope. Cette substance, d'un goût amer, soluble dans l'eau et dans l'alcool, possède une réaction alcaline. Elle précipite par la liqueur de Winkler les acides phosphotungstique et phosphomolybdique, mais elle ne se trouble pas au contact du réactif de Bouchardat. On peut, croyons-nous, la classer parmi les alcaloïdes et lui donner le nom de *doundakine*.

C'est en vain que nous avons recherché la salicine dans l'écorce du Doundaké.

Nous avons étudié les propriétés physiologiques de l'écorce du Doundaké avec des extraits hydro-alcooliques et avec la doundakine, sur des Batraciens et des Mammifères.

« Chez la grenouille, l'injection hypodermique d'une quantité d'extrait représentant 2 gr. d'écorce détermine la mort au bout de trente-six heures. Chez un jeune cobaye de 100 gr. l'extrait de 1 gr. d'écorce entraîne la mort après quinze minutes;

« 0 gr. 008 de doundakine, soit 2 gr. d'écorce, ont tué une grenouille dans l'espace de vingt-six minutes. Un cobaye de 700 gr. a succombé dans l'espace de vingt-quatre heures à l'injection hypodermique de 0 gr. 034 de doundakine. »

Les effets physiologiques produits par les extraits d'écorce de Doundaké et par la doundakine sont identiques et peuvent être résumés ainsi :

Première période. — Chez la grenouille, au bout de deux à cinq minutes, on constate un peu d'affaiblissement général, la diminution des mouvements spontanés et réflexes ; bientôt l'animal est incapable de reprendre son attitude normale. A ce moment, il garde la position que lui donne l'expérimentateur, si bizarre et anormale qu'elle puisse être. Ainsi, on place une grenouille sur l'épaule et la cuisse d'un côté, le bras du côté opposé restant en l'air ; on l'assied sur le train postérieur, tout le corps dressé portant surtout sur la cuisse d'un côté ; on appuie un de ses membres supérieurs sur une petite béquille et on lui joint les doigts : l'animal conserve indifféremment l'une et l'autre de ces attitudes pendant un temps qui peut aller jusqu'à vingt-quatre heures. Cependant, la contractilité musculaire ainsi que l'excitomotricité nerveuse sont conservées et les battements du cœur ne sont pas sensiblement modifiés.

Deuxième période. — Cette première période est fatalement suivie d'une seconde dans laquelle l'état particulier qui vient d'être décrit disparaît pour faire place à une résolution complète. Les mouvements respiratoires sont irréguliers, puis intermittents ; ils deviennent très lents et s'arrêtent, tandis que les battements du cœur, un peu ralentis, sont réguliers. Les mouvements réflexes sont abolis progressivement ; enfin le cœur cesse de battre.

Une Note de M. L. Thollon, sur les *Perturbations solaires nouvellement observées*, pourrait, jusqu'à un certain point, nous donner l'explication de la température, exceptionnellement basse, que nous subissons depuis quelque temps.

Il se produit depuis quelque temps, dans l'hémisphère sud du Soleil, de nombreuses et importantes perturbations qui méritent d'être signalées. On y voyait, le 22 juillet, comme une chaîne de grandes et belles taches presque régulièrement espacées, accompagnées d'une foule d'autres très petites et très nettes. L'une d'elles, la plus occidentale, à pénombre faible, offrait un noyau très sombre et parfaitement délimité. Le diamètre de ce noyau, mesuré avec soin, a été trouvé égal à 25'', soit 18,000 kilomètres environ ; celui de la Terre n'est que de 12,700 kilomètres. Cette tache n'était pas la plus grande, mais elle était la plus régulière et la mieux définie.

Du côté opposé, à l'est, se trouvait un large groupe formé d'un si grand nombre de petites taches qu'il m'a été impossible de les compter. L'arrivée de ce groupe a été signalée, dès le 16 juillet, par une protubérance assez petite, mais extrêmement brillante. A quatre heures de l'après-midi, elle était formée de traits de feu rectilignes, paraissant diverger du même point du bord et s'amincissant en pointes vers leurs extrémités sans rien perdre de leur éclat. Sur cette protubérance, j'ai pu observer des déplacements très prononcés de la raie C ; l'un d'eux atteignit, à cinq heures vingt minutes, du côté du violet, des proportions considérables, correspondant à une vitesse d'environ 300 kilomètres par seconde. Une heure auparavant, j'avais observé, dans la même région, un déplacement moindre du côté du rouge, non seulement dans les raies de l'hydrogène et du groupe *b*, mais encore dans la raie de la couronne (1474 de Kirchhoff). Ce déplacement de la raie de la couronne, constaté de la manière la plus sûre, est un fait important. Il suffira, pour s'en convaincre, de voir ce qu'écrit à ce sujet le savant et habile observateur M. Young, dans son excellent ouvrage *le Soleil* (traduction française, p. 189).

En profitant des éclaircies du 21 juillet et de la belle matinée du 22, j'ai pu continuer et compléter mes observations. Presque toute la moitié méridionale du disque solaire donnait des signes manifestes d'une violente agitation. En promenant l'image de cette région sur la fente du spectroscope, la raie C n'avait plus l'aspect d'une ligne sombre continue ; elle semblait réduite en une infinité de fragments, les uns brillants, les autres très noirs, semblant osciller rapidement autour d'un axe commun au moindre mouvement de l'image solaire. Fréquemment on voyait un de ces fragments se transporter à une grande distance, à droite ou à gauche de la raie, en s'étalant et s'estompant sur les bords, particulièrement dans le voisinage des taches.

Le 22 juillet, à sept heures trente-trois minutes du matin, une petite protubérance, qui se montrait au bord occidental, attira mon attention par son éclat et un déplacement très marqué de la raie C. En la maintenant sur la fente et parcourant le spectre, je vis un nombre considérable de raies métalliques se renverser et devenir très brillantes. Le renversement des raies D se présentait avec un éclat surprenant, comparable à celui que

donne le sodium dans l'arc électrique. Vers la base de la protubérance, le renversement était double, c'est-à-dire que les raies D, larges et très brillantes, étaient partagées en deux par un noyau noir. Les nuages, qui à ce moment ne laissaient voir le Soleil que par rares éclaircies, ne me permirent pas de noter la position de toutes les raies devenues brillantes.

Dans le cours de mes observations spectroscopiques, je n'ai jamais vu le renversement des raies métalliques, et surtout des raies D se produire, à beaucoup près, avec autant d'éclat que dans la matinée du 22. Quant aux déplacements de raies, j'en ai mesuré de plus amples; je ne les ai jamais vus aussi fréquents dans une période de temps aussi courte.

BIBLIOTHÈQUE

Histoire d'un village; par le docteur Muston. — Montbéliard, 1882; Barbier.

C'est une idée touchante qui inspirait M. Muston pendant les longues, nombreuses et patientes recherches de toute nature qu'il a dû faire pour écrire ces trois volumes. Désormais, le petit village de Beaucourt, dans le Jura, possédera cette célébrité que donne la lettre moulée. M. Muston a passé une partie de sa vie, et la meilleure peut-être, dans ce village où il exerçait la médecine. Il a eu la légitime curiosité de rechercher l'origine historique de ce pays, et d'en connaître le développement à travers les âges. Géologie, faune, flore, événements politiques, industries, commerce ont été tour à tour étudiés avec un soin affectueux.

Ce simple petit village a donc aujourd'hui son histoire écrite, et ces trois volumes font honneur à l'auteur autant qu'à cette patrie adoptive, dans laquelle il a séjourné durant trente années comme médecin. C'est donc là un document professionnel sur la vie du médecin de campagne en l'année 1882 et depuis un quart de siècle. A ce titre, ce livre mérite d'être signalé dans un journal de médecine et M. Muston a quelque droit de répéter à ses lecteurs avec Baglivi : *Vivo et scribo in ære Romano.* Cet ouvrage a bien en effet un cachet de noble simplicité et de sincérité qu'il emprunte au caractère de l'auteur et au milieu dans lequel il a été composé. De combien d'écrivains ne pourrait-on en dire autant, parmi ceux qui parlent de la médecine rurale sans l'avoir pratiquée et de nos honorables et si dévoués confrères des campagnes sans les connaître ? Le livre de M. Muston mérite donc plus que notre estime, il est digne de toute notre sympathie.

C. Eloy.

VARIÉTÉS

La mortalité cholérique à Calcutta en 1883

Les documents officiels témoignent d'une élévation exceptionnelle de la mortalité cholérique à Calcutta pendant le premier trimestre de l'année actuelle. En janvier, février et mars, on compte 120 décès cholériques de plus que les autres années. Dans quelques localités, l'épidémie sévissait par foyers, et on a voulu en trouver l'origine dans l'insalubrité des maisons, la mauvaise qualité des eaux ou les conditions anti-hygiéniques des habitants. Les médecins du pays ne sont pas d'accord sur ce point, mais sont unanimes à reconnaître l'augmentation de la mortalité. En empruntant ces renseignements au *British medical Journal* (28 juillet 1883); il nous semble qu'il est impossible de ne pas remarquer la coïncidence entre l'accroissement de morbidité, l'expansion de la maladie hors des foyers où elle est endémique et l'invasion de l'Egypte. Cette remarque n'est certainement pas nouvelle; mais elle est un argument en faveur de la théorie si éloquemment soutenue par M. Fauvel. — L. D.

FORMULAIRE

Traitement de l'iritis goutteuse. — Galezowski.

Dans les cas d'iritis goutteuse, on instille dans l'œil malade, soit l'atropine, soit la duboisine, soit encore l'omatropine, et 10 ou 15 minutes plus tard, on instille dans le

même œil une goutte d'ésérine. Par ces actions combinées, on produit tour à tour une dilatation et une contraction de l'iris, ce qui diminue la masse sanguine et atténue la tendance au glaucome. Si les douleurs n'étaient point calmées par l'atropine, on aurait recours seulement à l'ésérine. — Régime sévère, administrer les alcalins à l'intérieur.

N. G.

COURRIER

Conseil de surveillance de l'Assistance publique. (Séance du 2 août 1883.)— « Avant-hier, le Conseil de surveillance a émis l'avis suivant sur une proposition de laïcisation que lui soumettait M. Quentin : En présence des éventualités d'épidémie, le Conseil de surveillance est d'avis qu'il y a lieu de surseoir à la laïcisation de l'hôpital Necker, qui entraînerait, comme toute modification, une perturbation momentanée dans les services.»

Distinctions honorifiques. — Sont nommés officiers de l'instruction publique:

MM. Planchon, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris; Lortet, doyen de la Faculté de médecine de Lyon; Bleicher, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy; Meleux, directeur de l'Ecole de médecine d'Angers; Ripoll, professeur à l'Ecole de médecine de Toulouse; Henninger, agrégé à la Faculté de Paris; Raoult-Deslongchamps, médecin principal de première classe; Bernheim, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

Sont nommés officiers d'Académie:

MM. les docteurs Jules Ardouin, président du comité d'administration des Ecoles françaises d'Alexandrie; Armaignac, à Bordeaux; Boymier, délégué cantonal à Sainte-Foy-la-Grande; Bütterlin, adjoint au maire de Beaume-les Dames; Henri Devillez, délégué cantonal du XIII[e] arrondissement de Paris; Lefèvre (de Bonnières); Amédée Leriche (de Cussy-les-Forges); Level, membre du Conseil municipal de Paris; Lorne, délégué cantonal du II[e] arrondissement de Paris; Jules-Adolphe Picard (de Paris); Ramonet, médecin-major; Sicard, délégué cantonal à Marseille; Jules Trémolet, président de la délégation cantonale au Russey; Hilarion Vigouroux (de Paris); Abel Jeandet (de Mâcon); Massart, délégué cantonal à Honfleur; Villeneuve, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Marseille; Guillaud, profess. à la Faculté de médecine de Bordeaux; Gidon, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Caen; Cuignet, chargé de cours à la Faculté de médecine de Lille; Pierret, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Bondet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Bleynie, professeur à l'Ecole de médecine de Limoges; Lefeuvre, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes; Louis Brémond, chirurgien du lycée Henri IV.

L'agrandissement des hôpitaux. — Le Conseil municipal de Paris a voté récemment un crédit de 3 millions pour l'agrandissement des hôpitaux.

Sur ces trois millions, l'Assistance publique va en employer deux pour améliorations et constructions nouvelles aux hôpitaux ci-après: Pitié, Charité, Saint-Antoine, Necker, Cochin, Beaujon, Lariboisière, Tenon, Laënnec, Saint-Louis, Midi, Lourcine, Enfants-Malades, Trousseau, Enfants-Assistés, Bicêtre, Salpêtrière, Larochefoucauld.

Le troisième million est spécialement affecté aux premières dépenses pour l'établissement de nouvelles maisons d'assistance: un hôpital-hospice hors Paris, un hôpital de varioleux, un hospice d'enfants incurables.

L'hôpital-hospice permettra de décharger les hôpitaux de l'intérieur de Paris du grand nombre de malades chroniques qui y sont maintenus, contrairement aux intérêts des services et de la population.

Cet hôpital-hospice est d'autant plus nécessaire que 2,200 vieillards attendent en ce moment l'hospitalisation, et ce nombre ira sans cesse en augmentant dans des proportions exagérées, par suite de l'immigration; en effet, on a calculé que, sur cent étrangers qui viennent à Paris, quatre-vingt-dix sont pauvres.

La construction de l'hôpital-hospice hors Paris coûtera 6,500,000 fr.; celle des Enfants-Incurables, 3,250,000 fr.; celle des varioleux, 1,400,000 fr.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Contribution à l'étude de l'action de la réfrigération méthodique sur les congestions viscérales.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 13 avril 1883.

Par M. Dumontpallier.

(Seconde Note).

Dans la communication que j'ai faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 9 mars dernier, au sujet de la réfrigération du corps humain dans les maladies hyperthermiques et en particulier dans la fièvre typhoïde, j'avais formulé deux propositions qui ont été l'occasion d'une discussion à laquelle M. Dujardin-Beaumetz a pris la plus large part.

Ces deux propositions étaient ainsi rédigées :

A. L'expérimentation sur l'homme et sur les animaux établit que le refroidissement *lent et progressif* ne détermine pas de congestions viscérales.

B. L'expérimentation démontre de plus, contrairement à l'opinion générale, que les congestions pulmonaires et rénales dans les maladies sont favorablement modifiées par le *refroidissement méthodique.*

Dans le cours de la discussion, notre honoré collègue M. Bucquoy fit remarquer, en s'appuyant sur des observations recueillies dans son service, que la congestion pulmonaire dans la fièvre typhoïde pouvait être très heureusement modifiée par les bains froids à 26° centigrades et que la clinique démontrait que la réfrigération, attentivement appliquée, pouvait avoir pour résultat la décongestion des viscères dans les formes ataxique et adynamique de la fièvre typhoïde.

Mais M. Dujardin-Beaumetz accordant au refroidissement une influence étiologique dans les maladies congestives, en particulier dans la néphrite et dans la congestion pulmonaire, me demandait de faire connaître en détail les faits et les expériences sur lesquels je basais une opinion, absolument opposée aux idées généralement admises sur cette importante question des congestions viscérales.

Je répondis immédiatement en citant les expériences que M. Laffont, professeur de physiologie à l'Ecole de médecine de Lille, avait faites sur des animaux en 1880 à la Sorbonne, dans le laboratoire du professeur Paul Bert, et les expériences que j'avais faites moi-même, dans la même année, dans mon service de la Pitié, sur un homme bien portant. — De ces expériences sur l'homme et sur les animaux il résultait que la réfrigération *lente et progressive* ne détermine pas de congestions viscérales.

Puis rappelant divers passages de la lecture du professeur Bondet, de Lyon, devant l'Académie de médecine et deux observations expérimentales recueillies dans mon service sur des malades affectés de congestion pulmonaire avec râles muqueux fins et congestion rénale avec albuminurie, je maintenais mes conclusions sur l'action favorable du refroidissement lent et progressif dans les congestions viscérales de la fièvre typhoïde.

Toutefois, comme ces citations, ces affirmations de ma part étaient en opposition avec ce qui est admis généralement, je pris l'engagement d'apporter, à la séance de ce jour, les notes et les tracés qui permettront à tous de constater que les propositions que j'avais formulées étaient établies sur des observations d'ordre expérimental.

Je mets sous les yeux des membres de notre Société tous les éléments qui vous permettront de juger du bien fondé de mes affirmations.

1° Chez les animaux et chez l'homme bien portant le refroidissement *lent et progressif* ne détermine pas de congestions viscérales :

A l'appui de cette première proposition, je mets sous les yeux de la Société une copie du registre des expériences du professeur Laffont, où sont relevés les résultats du refroidissement lent, pendant une heure un quart, les animaux étant plongés dans une eau à 14° centigr. De la relation de ces expériences et des tracés qu'elles m'ont fournis, il ressort que dès le début de l'expérience il y a eu agitation, augmentation du nombre des mouvements respiratoires, des battements du cœur et légère élévation de la température rectale; après un quart d'heure la température a baissé de 38° à 35°, le pouls est descendu de 115 à 105, et le nombre des respirations de 17 à 14. Puis progressivement, de 15 minutes en 15 minutes, la température, le nombre des respirations et des battements du cœur ont continué à diminuer régulièrement, de telle sorte que, une heure un quart après le début de l'expérience, la température rectale était descendue à 22° 1/2, le pouls à 55 et la respiration à 5 inspirations à la minute. Les animaux étant sacrifiés, à ce moment de l'expérience, on constatait qu'il n'existait pas de congestions ni d'hémorrhagies viscérales.

De plus, dans une communication faite à la Société de biologie, le 17 février 1883, M. le docteur François Franck mentionne qu'il n'a point observé chez les animaux, au début de l'application extérieure du froid, cette *remontée* de la température profonde qu'on craint souvent de provoquer chez l'homme, en vertu d'idées peut-être un peu théoriques.

Je suis donc autorisé à dire que *chez les animaux* l'expérimentation a démontré que le *refroidissement lent et progressif ne détermine pas de congestions viscérales,* cela étant prouvé par l'examen direct des viscères immédiatement après l'expérience.

Déjà mes expériences sur l'homme en état de santé m'avaient permis de poser les mêmes conclusions, ainsi que cela ressort de ma communication à l'Académie de médecine en mars 1880, où il est dit :

« Il nous reste à établir que la réfrigération méthodique du corps hu-
« main est sans danger. En effet, dans toutes nos expériences sur l'homme
« en état de santé, et lors même que l'abaissement de température a été de
« 2°,8 dans l'aisselle et de 1°,9 dans le rectum, nous n'avons observé aucun
« accident. Quelquefois le sujet, après l'expérience, avait le besoin d'aller
« à la garde-robe ou urinait assez abondamment, 200 à 250 grammes d'u-
« rine peu colorée. Deux fois l'acide nitrique a déterminé une zone d'indi-
« gosine dans la partie inférieure du verre à expérience, mais jamais l'a-
« cide nitrique ni la chaleur n'ont donné de précipité albumineux. Il est
« donc vraisemblable qu'il n'y avait point pendant l'expérience de conges-
« tion prononcée des reins. Du reste, jamais de douleur accusée du côté
« de ces organes. De même l'absence de râles dans la poitrine et la persis-
« tance du rhythme normal de la respiration permettaient de conclure que
« la réfrigération progressive et lente ne détermine pas de congestion pul-
« monaire. »

— Chez les malades typhiques ou varioleux que j'ai enveloppés avec la ceinture réfrigérante, j'ai constaté parfois un peu de toux, sans expectoration spéciale, et jamais je n'ai observé de signes de congestion pulmonaire persistante, jamais d'hémoptysie. Quelquefois les typhiques avaient une garde-robe liquide, peu abondante, pendant une expérience qui durait plusieurs heures; jamais de coliques, jamais de douleurs abdominales, jamais de vomissements ni d'envie de vomir. Je n'ai pas remarqué de tendance au sommeil et aucun signe de congestion cérébrale ou oculaire, pas de bourdonnements d'oreille, aucun trouble de la sensibilité ni de la motilité. Le typhique qui est resté soumis à l'action intermittente de l'appareil pendant

vingt-quatre heures n'a pas eu plus de garde-robes qu'à l'ordinaire, et il a dormi d'un sommeil calme plusieurs heures de la nuit et sans rêvasseries. Quand il se plaignait du froid, on fermait les robinets de l'appareil, et les plaintes cessaient presque immédiatement.

Les faits que que je viens de rappeler ne prouvent-ils pas que j'étais fondé à formuler ma première proposition. Il me reste maintenant à établir que mes expériences cliniques et l'observation prêtaient un appui non moins fondé à la seconde proposition ainsi rédigée :

« L'expérimentation sur l'homme démontre, contrairement à l'opinion « générale, que les congestions pulmonaires et rénales dans la fièvre « typhoïde sont favorablement modifiées par le refroidissement métho- « dique. »

Voici dans quelles circonstances j'ai constaté les faits qui ont été les premiers fondements de cette proposition : en 1880, deux hommes jeunes entraient dans mon service à la Pitié et présentaient un ensemble de symptômes qui permettait de discuter le diagnostic d'une fièvre typhoïde au début chez chacun de ces jeunes gens. Ce diagnostic devait toutefois être réservé, parce que ces deux jeunes hommes n'avaient été obligés de cesser leur travail que depuis quatre à cinq jours. Toutefois chez l'un de ces malades il existait de la congestion pulmonaire avec des râles muqueux et chez l'autre malade de l'albuminurie et vraisemblablement de la congestion rénale. Après quelque hésitation je me décidai à soumettre ces deux malades à la méthode réfrigérante, avec l'espérance, s'ils étaient au début d'une fièvre typhoïde, de modifier la marche de la maladie et de conjurer les conséquences de l'hyperthermie, la température rectale étant à 41°,1 chez l'un des malades et à 40°,4 chez l'autre de ces malades. L'action de la réfrigération méthodique eut pour résultat, chez ces deux malades, de faire tomber la température du 5e au 8e jour à 38°,2 et à 37°,6 en même temps que disparaissaient la congestion pulmonaire et la présence de l'albumine dans l'urine ; la convalescence chez les deux malades commençait le 8e et le 9e jour. Je ne saurais prétendre que la réfrigération a jugulé la fièvre typhoïde chez ces deux malades, car tout clinicien pourrait douter du diagnostic et se refuser même à accepter l'existence de fièvres typhoïdes dites abortives; mais ce qu'il importe de retenir de la relation de ces deux observations c'est que la congestion pulmonaire et l'albuminurie ont disparu du 5e au 8e jour de la maladie pendant l'application de la méthode réfrigérante. Cette double expérience m'autorisait donc à conclure que la méthode réfrigérante n'avait point augmenté la congestion pulmonaire et l'albuminurie primitivement existantes, et, lorsqu'on rapproche ces faits d'expérimentation des faits cliniques relatés par plusieurs observations et plus particulièrement des remarques de M. Bucquoy et de M. le professeur Bondet sur les résultats avantageux de la méthode réfrigérante dans les congestions viscérales des formes adynamique et ataxique de la fièvre typhoïde, ne suis-je pas autorisé à conclure que la méthode réfrigérante, contrairement à l'opinion générale, a modifié favorablement la congestion du poumon et la congestion rénale avec albuminurie.

De ces diverses expériences sur les animaux et sur l'homme et des remarques cliniques que j'ai rappelées ne ressort-il pas que, contrairement aux idées généralement admises, la réfrigération méthodique, dans des conditions déterminées, ne produit pas les congestions viscérales et, de plus, que la réfrigération méthodique peut faire disparaître les congestions lorsqu'elles existaient primitivement.

Mais la réfrigération, méthodiquement mise en usage, n'a pas seulement pour résultat de modifier favorablement les congestions viscérales, elle a une action générale avantageuse sur la marche de la fièvre typhoïde et je mets sous vos yeux plusieurs tracés où vous verrez un abaissement progressif et régulier de la température par le fait de la réfrigération, en

même temps que nous constatons une amélioration progressive dans l'état général du malade : de plus en comparant l'abaissement progressif de la température avec l'abaissement des déchets organiques, démontré par l'analyse des urines, vous serez conduits à penser que la méthode réfrigérante ne soustrait point seulement du calorique aux fébricitants, mais que cette méthode diminue les métamorphoses, les combustions organiques et partant qu'elle agit sur la régulation thermique morbide. De la sorte, la réfrigération aurait une action première sur la température du liquide sanguin et une action seconde sur la pyrexie, elle serait donc antithermique et antipyrétique.

L'action du refroidissement expérimental varie avec les différents procédés employés; voici un tracé qui montre la différence d'action des lotions froides et de l'enveloppement réfrigérant méthodique sur un élève du lycée Louis-le-Grand, affecté de fièvre typhoïde. Les lotions froides, répétées plusieurs fois par jour, pendant quatre jours, n'ont point modifié la régulation thermique morbide, tandis que l'enveloppement réfrigérant méthodique, mis en usage pendant huit jours, a fait descendre la température rectale de 40°4 à 38°4, et cela régulièrement, progressivement, en même temps que l'on constatait une amélioration générale dans l'état du malade.

Certes, je le répète, cette méthode de traitement ne doit pas être exclusive de tout autre traitement, mais j'ai la conviction que, sagement et méthodiquement conduite, elle peut donner des résultats favorables et mérite d'être expérimentée et étudiée scientifiquement.

Je terminerai cette note par des remarques générales sur l'action de l'eau froide. Cette action varie suivant le mode d'application ;

L'eau froide à 12 et 14° centigrades mise en contact immédiat avec la surface cutanée pendant quelques minutes seulement détermine d'abord le resserrement des capillaires périphériques et le refroidissement passager de la région où l'eau froide a été appliquée ; mais bientôt, lorsque l'eau froide n'est pas renouvelée, au resserrement des vaisseaux capillaires succède leur dilatation et une élévation de la température locale.

Après les lotions froides, on peut constater un abaissement de température de quelques dixièmes de degré; mais cet abaissement de température est dû à une action nerveuse et est très passager.

Au contraire, si l'action de l'eau froide à 12° et 14° est prolongée pendant une demi-heure, une heure et davantage, le resserrement des capillaires n'est pas continu, toute la surface cutanée en rapport avec l'eau froide est refroidie, le refroidissement s'étend progressivement à toutes les parties profondes et viscérales, *par l'intermédiaire du sang*, et la température rectale peut être abaissée de 2 à 3 degrés centigrades. Si l'action réfrigérante a duré une heure, une heure et demie, il faut au moins le même temps pour que la température périphérique et profonde remonte au degré de température que l'on avait constaté avant le début de l'expérience. Ces dernières remarques sont applicables à l'action du bain froid et à l'action de la couverture réfrigérante à courant continu.

Il résulte de ces faits, constatés par l'étude expérimentale, que le froid prolongé abaisse la température de tout le corps, tandis que le froid passager n'a qu'une action passagère, bientôt suivie de l'élévation de la température.

De plus, dans certaines conditions de température (7 à 8°), de durée d'application, quelques secondes, et dans certains procédés d'application, le drap mouillé par exemple, l'eau froide détermine une réaction plus ou moins active; et ce dernier mode d'action peut être mis à contribution pour réchauffer les malades. On peut donc dire que le froid fait le froid ou que le froid fait la chaleur suivant les procédés employés dans l'application du froid. En effet, lorsque la réfrigération est prolongée, elle détermine un

abaissement de la température de tout le corps avec diminution des battements du cœur, de la pression artérielle, diminution des mouvements respiratoires ; tandis que le froid passager, par la douche, la lotion ou l'enveloppement avec le drap mouillé, détermine l'élévation de la température, la fréquence et la force des battements du cœur et des mouvements de la respiration. Aussi, au début de la période algide du choléra, lorsque toute la surface cutanée est froide, lorsque le pouls est insensible et la respiration notablement diminuée, il suffit, dans certain cas, d'envelopper les malades avec le drap mouillé pour obtenir une réaction qui se traduit par le relèvement, l'accélération du pouls, l'amplitude et la fréquence des mouvements respiratoires, l'élévation de la température rectale et périphérique et une sudation plus ou moins abondante. La réaction dans ces cas est quelquefois si accusée, que le médecin doit surveiller avec attention les résultats de la période réactionnelle, pour ne pas dépasser le but qu'il veut atteindre.

Le froid prolongé, dans l'hyperthermie, fait l'abaissement plus ou moins durable de la température, tandis que le froid passager, dans l'algidité, fait le réchauffement. Le froid fait donc le froid ou la chaleur, suivant les procédés d'application du froid. Dans un cas, le froid refroidit le sang, et partant toutes parties du corps; dans l'autre, le froid, par l'intermédiaire du système nerveux, détermine une réaction dont le résultat est la chaleur. Dans un cas, il y a action physique; dans le second, action vitale, et chacune de ces actions doit être mesurée suivant les indications.

— La réfrigération méthodique, continue, lente et progressive, bien conduite, ne fait point les congestions actives ou passives des viscères dans les affections hyperthermiques; mais la réfrigération subite, excessive et passagère peut déterminer des congestions actives dans les viscères. Ces remarques suffisent pour rendre compte des effets différents qui ont été constatés par divers observateurs dans l'application du froid. Les résultats contradictoires ne sont pas imputables à l'hydrothérapie elle-même, mais aux différents procédés mis en usage dans son application.

J'affirme l'exactitude des faits sus-énoncés pour ce qui concerne l'usage des lotions froides, du drap mouillé et du refroidissement méthodique lent et progressif, médiat, *au moyen de mon appareil réfrigérateur*, parce que les faits ont été constatés par moi en faisant usage des procédés sus-énoncés de réfrigération passagère ou continue. Mais je déclare que je ne suis nullement autorisé à poser les mêmes conclusions au sujet de la réfrigération immédiate plus ou moins prolongée et répétée au moyen des bains froids, suivant la méthode de Brand, parce que je n'ai pas expérimenté personnellement la méthode du médecin de Stettin. Je ne saurais non plus contredire aux résultats obtenus par ceux qui ont fait usage de cette méthode; toutefois, les expériences qui ont été faites par MM. Laffont et François Franck sur les animaux m'autorisent à penser qu'une réfrigération *subite* et d'*emblée excessive* ou *trop prolongée* pourrait avoir pour conséquence des congestions passives. Il va sans dire que je ne vise ici que les phénomènes congestifs et que je ne prétends point juger la thérapeutique de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand. Toutefois, je crois que l'on doit prendre en très sérieuse considération les affirmations des médecins de Lyon.

Ces réserves étant posées, et après vous avoir communiqué les expériences faites par M. Laffont sur les animaux, les expériences que j'ai faites sur l'homme en état de santé ou sur l'homme malade, et avoir mis sous les yeux de la Société les tracés desdites expériences, je me crois autorisé à maintenir les conclusions que j'ai formulées dans ma première note, à savoir : que le refroidissement *lent et progressif* des animaux et de l'homme ne détermine point de congestions viscérales, et que, contrairement à l'opinion généralement admise, le refroidissement, *lent et pro-*

gressif, peut modifier favorablement les congestions primitivement existantes.

Pronostic du rétrécissement mitral, pur ou compliqué, à 50 ans et au-dessus.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 27 janvier 1883,

Par le docteur DUROZIEZ, ancien chef de clinique.

Nous avons séparé nos observations de maladies ou de lésions du cœur en deux lots : avant 50 ans et à partir de 50 ans inclusivement ; dans ce dernier lot nous avons réuni 193 cas. Nous n'étudions aujourd'hui sur ces 193 individus que ceux qui sont atteints de rétrécissement mitral, pur ou compliqué d'une autre lésion ; ils sont au nombre de 35.

Il nous a paru intéressant de rechercher si beaucoup d'individus atteints de rétrécissement mitral dépassent l'âge de 50 ans et vont beaucoup au delà, et quelle part de gravité ou d'atténuation est apportée par les autres lésions du cœur ajoutées au rétrécissement mitral ? Pouvons-nous garder pour nos malades l'espoir d'une longévité relative ? Ce pronostic n'a pas été établi par les auteurs que nous avons parcourus. Les autopsies d'individus atteints de rétrécissement mitral et ayant atteint 50 ans y sont très rares ; et les observations non accompagnées de mort n'y sont pas plus communes, bien qu'on puisse aujourd'hui diagnostiquer un rétrécissement mitral aussi sûrement qu'une pneumonie.

Le rétrécissement mitral a une vie plus longue qu'on ne croit. Dans les livres on montre trop l'asystolie, sans mettre en regard les espérances. Sans doute il y a de la gêne, des souffrances plus ou moins cruelles, mais on vit. On a indiqué comme longue et très longne la période qui précède l'asystolie, mais des chiffres sont plus précis. Qu'est-ce qu'un long temps ? Est-ce 5 ans ou 50 ans ? On a dit que le rétrécissement mitral vivait tard par ce qu'il avait commencé tard. Le début de la lésion du cœur n'est pas facile à fixer ; il ne suffit pas de constater la présence d'un rhumatisme articulaire aigu, avant et après lequel la lésion du cœur peut se développer. Nous avons suivi des rétrécissements mitraux pendant plus de 15 ans, et les malades n'étaient pas encore disposés à disparaître.

Nous donnons ici le diagnostic de chacune de nos observations pour ce qui touche les valvules ; nous les plaçons par âge.

1. Rétrécissement mitral sans insuffisance. Insuffisance aortique. Femme, 67 ans. Pas de mort.
2. Rétrécissement mitral sans insuffisance. Insuffisance aortique. Homme, 63 ans. Pas de mort.
3. Rétrécissement mitral avec insuffisance légère. F., 61 ans. Mort.
4. Rétrécissement mitral avec insuffisance. Insuffisance aortique légère. H., 60 ans. Mort.
5. Rétrécissement mitral avec insuffisance. Adhérence du péricarde; cancer de l'estomac. H., 59 ans. Mort.
6. Rétrécissement mitral. Adhérence du péricarde. F., 59 ans. Autopsie.
7. Rétrécissement mitral avec insuffisance. Insuffisance aortique. H., 59 ans.
8. Rétrécissement mitral avec insuffisance. F., 59 ans.
9. Rétrécissement mitral. Rétrécissement de la tricuspide avec insuffisance. Insuffisance aortique. F., 58 ans. Mort.
10. Rétrécissement mitral avec insuffisance. H., 58 ans.
11. Rétrécissement mitral. F., 58 ans.
12. Rétrécissement mitral. F., 57 ans.
13. Rétrécissement mitral avec insuffisance. Insuffisance et rétrécissement aortique. H., 57 ans.
14. Rétrécissement mitral avec insuffisance. Insuffisance tricuspide. H., 57 ans.
15. Rétrécissement mitral avec insuffisance. Insuffisance aortique. F., 56 ans.

16. Rétrécissement mitral avec insuffisance. Rétrécissement de la tricuspide avec insuffisance. Insuffisance aortique légère. H., 55 ans.
17. Rétrécissement mitral. Insuffisance aortique légère. F., 55 ans.
18. Rétrécissement mitral avec insuffisance. H., 55 ans.
19. Rétrécissement mitral. F., 55 ans.
20. Rétrécissement et insuffisance mitrale. F., 53 ans.
21. Rétrécissement mitral avec insuffisance. Insuffisance aortique avec rétrécissement. Autopsie. H., 52 ans.
22. Rétrécissement mitral. Insuffisance aortique. F., 52 ans.
23. Rétrécissement mitral. H., 52 ans.
24. Rétrécissement mitral. H., 52 ans.
25. Rétrécissement mitral. H., 52 ans.
26. Rétrécissement mitral. F., 52 ans.
27. Rétrécissement mitral avec insuffisance. H., 52 ans.
28. Rétrécissement mitral avec insuffisance. Insuffisance aortique avec rétrécissement. H., 52 ans.
29. Rétrécissement mitral. Insuffisance et rétrécissement aortique. H., 52 ans.
30. Rétrécissement mitral avec insuffisance. Anévrysme aortique. H., 51 ans. Autopsie.
31. Rétrécissement mitral avec insuffisance. F., 51 ans.
32. Rétrécissement mitral avec insuffisance. Insuffisance aortique avec rétrécissement. F., 51 ans.
33. Rétrécissement mitral. H., 50 ans.
34. Rétrécissement mitral avec insuffisance. Insuffisance aortique. H., 50 ans.
35. Rétrécissement mitral avec insuffisance aortique. H., 50 ans.

Si nous cherchons à classer ces diverses catégories d'après le nombre des cas et le nombre des années fournies par les individus, nous trouvons successivement :

Pour le rétrécissement mitral avec insuffisance mitrale, 10 cas, donnant 554 années.

Pour le rétrécissement mitral pur, 9 cas, donnant 487 années.

Pour le rétrécissement mitral, avec insuffisance aortique, 4 cas, 232 années.

Pour le rétrécissement mitral avec insuffisance mitrale et insuffisance aortique, 4 cas, 225 années.

Pour le rétrécissement mitral avec insuffisance mitrale, insuffisance aortique et rétrécissement aortique, 4 cas, 213 années.

Pour le rétrécissement mitral avec insuffisance aortique, rétrécissement de la tricuspide et insuffisance de la tricuspide, 1 cas, 58 années.

Pour le rétrécissement mitral avec insuffisance mitrale et insuffisance de la tricuspide, 1 cas, 57 ans.

Pour le rétrécissement mitral avec insuffisance mitrale, insuffisance aortique, rétrécissement de la tricuspide et insuffisance de la tricuspide, 1 cas, 55 ans.

Pour le rétrécissement mitral avec insuffisance aortique et rétrécissement aortique, 1 cas, 52 ans.

Le rétrécissement mitral avec insuffisance mitrale tient la tête avec le chiffre 554 pour 10 cas, suivi du rétrécissement mitral pur, à 487, pour 9 cas.

Beaucoup plus loin, nous trouvons les combinaisons avec l'insuffisance aortique, réprésentées par les chiffres 232 (4 cas), 225 (4 cas), 213 (4 cas).

Enfin, quand apparaît la lésion de la tricuspide, les chiffres baissent tout à fait à 58 (1 cas), 57 (1 cas), 55 (1 cas).

L'écart entre les chiffres du rétrécissement mitral pur et du rétrécissement mitral avec insuffisance mitrale n'est pas assez grand pour que nous puissions dire que la combinaison soit moins grave que le rétrécissement pur ; c'est un point à examiner.

Nous sommes frappé de la baisse des chiffres par l'intervention des lésions de l'orifice aortique.

Nous ne sommes pas étonné de la chute complète des chiffres quand apparaissent les lésions de la tricuspide.

Les lésions de la mitrale permettent d'atteindre 60 ans, celles de l'orifice aortique accordent tout au plus 50; nous montrerons même qu'après 40 le chiffre des cas diminue beaucoup et celles de la tricuspide permettent à peine 40.

Plus tard, nous donnerons la statistique de nos observations au-dessous de 50 ans; le nombre en est considérable. Il nous plaît de montrer qu'on peut, avec une lésion du cœur aussi accentuée que le rétrécissement mitral pur ou compliqué, atteindre un âge raisonnable, sachant d'ailleurs que beaucoup restent en route.

Parmi les 35 individus, à rétrécissement mitral pur ou compliqué, qui atteignent ou dépassent 50 ans, nous trouvons autant d'hommes que de femmes, 18 hommes pour 17 femmes.

Nous étions curieux de savoir si dans nos observations la combinaison de l'insuffisance aortique avec un rétrécissement de la mitrale diminue la gravité de celui-ci, ainsi qu'il est accepté en clinique. L'épreuve n'a pas été favorable à cette opinion. Sans doute les deux individus les plus âgés parmi ceux qui ont un rétrécissement mitral pur ou combiné appartiennent à l'insuffisance aortique, une femme de 67 ans et un homme de 62 (et ces deux individus n'étaient pas morts); mais le nombre des cas est beaucoup moindre, et la vie est beaucoup diminuée dans le cas de complication aortique.

Le rétrécissement mitral avec insuffisance vient, sous le rapport de l'âge, en seconde ligne, représenté par une femme qui meurt à 61 ans.

Vient ensuite le rétrécissement mitral pur, beaucoup plus commun chez la femme.

Avant 50 ans, nous trouvons dans nos notes 61 cas, 20 hommes et 41 femmes, 5 individus à 18 et 19 ans, 22 de 20 à 29, 17 de 30 à 39, 17 de 40 à 49, sur lesquels 3 morts à 42, 43 et 44 ans.

Nous avons été surpris de voir, à partir de 50 ans, les chiffres s'égaliser sous le rapport du sexe; nous trouvons 4 hommes et 4 femmes, et aucun cas de mort.

A 50 ans, 1 homme. — A 52, 3 hommes et 1 femme. — A 55, 1 femme. — A 57, 1 femme. — A 58, 1 femme.

L'individu atteint de rétrécissement mitral pur le plus âgé est une femme de 58 ans; viennent ensuite 2 femmes de 57 et 55 ans, puis 4 individus de 52 ans (1 femme et 3 hommes), puis un homme de 50 ans. Les femmes vont donc plus loin que les hommes sur ce terrain. Les hommes ont de la peine à dépasser 52 ans; les femmes atteignent 58 ans.

L'adhérence du péricarde tue vite. Nous trouvons 2 cas seulement à partir de 50 ans: notre numéro 5 atteint de rétrécissement mitral avec insuffisance et cancer de l'estomac qui meurt à 59 ans, et le n° 7 qui meurt aussi à 59 ans.

A 58 ans nous trouvons notre premier cas de lésion grave de la tricuspide. Rétrécissement mitral, rétrécissement de la tricuspide avec insuffisance aortique, mort avec autopsie. Un deuxième cas à 57 ans, rétrécissement mitral avec insuffisance mitrale et insuffisance de la tricuspide. Un troisième cas à 55 ans, rétrécissement mitral avec insuffisance, rétrécissement de la tricuspide avec insuffisance, insuffisance aortique légère. Ce sont des cas isolés; nous ne trouvons plus dans nos autres observations au-dessus de 50 ans la lésion de la tricuspide qui ajoute à la lésion du cœur une grande gravité.

Le rétrécissement aortique apparaît dans 2 cas. N° 20. Rétrécissement mitral avec insuffisance, insuffisance aortique avec rétrécissement. Autopsie. Homme de 52 ans. N° 27. Même lésion. Pas de mort. Homme de 52 ans.

Le rétrécissement aortique ajoute à la gravité, puisque nous ne dépassons pas pour cette combinaison 52 ans.

CONCLUSIONS

Le rétrécissement mitral (laissant passer un doigt au plus et donnant les bruits caractéristiques) simple ou combiné à d'autres lésions valvulaires, permet de dépasser 60 ans, exceptionnellement.

La complication d'insuffisance mitrale n'aggrave pas le pronostic.

La complication d'insuffisance aortique l'aggrave.

La complication de lésion de la tricuspide l'aggrave tout à fait.

JOURNAL DES JOURNAUX

Diabète insipide d'origine nerveuse, par Flatten. — Cette observation a une grande importance clinique et physiologique, et confirme certaines hypothèses déjà publiées sur la localisation des centres de sécrétion urinaire (*Archiv. fur. psychiatrie* XIII, 3, § 671). Le malade, âgé de 22 ans, avait reçu une grave blessure du côté gauche de la région occipitale et de la nuque, suivie de perte temporaire de connaissance, de diplopie et de diminution de l'acuité de l'oreille droite. La polydipsie et la polyurie se montrèrent immédiatement après l'accident. Au moment où le docteur Flatten l'examina, ce malade avait une paralysie complète du muscle droit externe de gauche et une paralysie partielle du muscle droit externe de droite. L'urine, très abondante (12 litres chaque jour), ne contenait ni sucre ni albumine.

Le diagnostic fut le suivant: lésion localisée au noyau d'origine de la onzième paire gauche, s'étendant jusqu'à celui de la sixième paire droite.

En tout cas, ce cas est le troisième dans lequel on observe de la polyurie accompagnant la paralysie de la sixième paire crânienne. (*Med. Times and. Gaz.*, 10 fév. 1883).

Deux cas d'ulcère stomacal avec dégénérescence artérielle, par Norman Moore. — L'un de ces ulcères était ovale, mesurait un pouce de diamètre et occupait la petite courbure. Les artères des différentes régions du corps étaient athéromateuses. La calcarification des artères gastriques était complète, et l'une des branches de l'artère pancréatico-duodénale irriguant la région ulcérée était obstruée. Chez une autre malade goutteuse et atteinte d'un ulcère stomacal au début, il existait de l'athérome artériel, ainsi que des dépôts goutteux dans les jointures et divers tissus. M. Moore a constaté que chez les malades dont le système artériel est sain, on doit attribuer cet ulcère à des embolies. (*Pathological Society of. London*, 15 mai 1883; et *the Brit. med. journal*, 19 mai 1883, p. 969).

De l'anatomie pathologique de la chorée, par M. Pierret. — Jusqu'ici, les lésions anatomiques qu'on a trouvées dans la chorée, ne sauraient être considérées comme lui étant particulières. De là l'incertitude des idées sur ce point de pathologie, incertitude fâcheuse d'après M. Pierret, à laquelle on peut remédier en se représentant dans un schéma les faisceaux de fibres blanches partant de certaines régions de l'écorce pour se rendre à diverses hauteurs de la moelle. Des carrefours de fibres sensitives et de fibres motrices se trouvent sur le trajet des faisceaux, et, de tous ces carrefours, le plus remarquable est celui qui est situé dans le tiers postérieur de la capsule interne. C'est une erreur de localiser exclusivement la chorée en ce point; et en effet, depuis longtemps, on a observé des mouvements choréiformes dans des lésions de la protubérance, de la moelle et des nerfs périphériques. On connaît les expériences de Chauveau sur des chiens choréiques. Gowers a constaté chez les animaux morts de cette maladie de nombreux foyers de myélite.

M. Pierret a observé les mêmes altérations sur la moelle d'une femme atteinte de chorée chronique. Dans ces cas, les foyers étant petits, la paralysie était nulle. (*Lyon médical*, p. 120, 27 mai 1883).

C. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 février 1883. — Présidence de M. Reliquet.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend: *Progrès médical, Concours médical, Journal de médecine de Paris, Journal d'hygiène, Journal des sages-femmes, Revue de thérapeutique, Annales des maladies des organes génitaux-urinaires.* Une brochure *sur la fissure à l'anus*, par le docteur Deligny (de Toul), membre correspondant.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. le docteur Guibout demandant à la Société de vouloir bien accepter sa démission.

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée.

—

M. Thevenot a la parole pour lire un travail intitulé : *Contribution à l'étude du catarrhe intestinal à mucosités membraniformes.* (Voir le numéro du 31 juillet 1883.)

DISCUSSION

M. Duroziez : M. Thevenot nous a dit que ces altérations particulières de l'intestin s'observaient dans la grossesse. Je voudrais lui demander quel degré d'organisation présentaient les membranes qu'il nous a montrées.

M. Thevenot répond que ces membranes ne sont absolument constituées que par du mucus.

M. Duroziez dit que s'il avait posé cette question, c'est parce qu'il se demandait s'il n'y avait pas une relation à établir entre cette inflammation de l'intestin et l'état du sang dans la grossesse.

M. Perrin : M. Thevenot me paraît avoir donné à sa communication un titre qui ne répond pas complètement aux faits qu'elle renferme. Il s'agit ici, en effet, d'une affection très commune décrite ordinairement sous le nom d'entéro-colite pseudo-membraneuse. Ce titre me semble préférable parce qu'il répond à la localisation intestinale, l'intestin n'étant jamais pris dans sa totalité comme semble l'indiquer le titre proposé par M. Thevenot.

M. Dubuc : Un point m'a frappé tout à l'heure, pendant la lecture du travail de notre collègue, c'est que les malades qu'a observées M. Thevenot étaient toutes très nerveuses. N'y a-t-il pas là une cause prédisposante. J'ai eu, pour ma part, l'occasion d'observer une malade qui a rendu de ces produits membraniformes; cette malade était elle-même très nerveuse.

M. de Ranse : Un certain nombre des malades de Néris rendent de ces mucosités membraneuses, mais jamais elles ne m'en ont présenté d'aussi nettement tubulées. Or, au point de vue de l'étiologie de cette affection, il faut distinguer parmi nos malades deux catégories : les unes sont nerveuses et l'état nerveux agit chez elles en prédisposant à la constipation ; les autres ont des maladies utérines et l'affection intestinale n'est qu'un trouble de voisinage.

M. Reliquet : On voit souvent de ces expulsions membraniformes dans les abcès rétro-vésicaux et dans les affections prostatiques. Egalement lorsque, pour débarrasser les malades de ces énormes amas de matières qui, dans les affections vésico-prostatiques, s'accumulent à la partie supérieure et moyenne du rectum, on leur fait administrer, ainsi que je l'ai conseillé, des grands lavements avec une longue canule, il s'établit, pendant les premiers jours qui suivent la sortie des matières fécales, une sécrétion muqueuse très abondante, et, à la suite, une expulsion douloureuse de ces mucosités membraniformes. Il est même bon, dans ce cas, de prévenir les malades de ce qui doit arriver afin que cette petite complication ne les arrête pas et qu'ils ne suspendent pas, ainsi qu'ils sont tentés de le faire, le traitement par les grands lavements.

Je crois donc que, toutes les fois qu'il y a une lésion inflammatoire autour du gros intestin, il se produit de ces sécrétions membraniformes.

Je dirai même que, pour la malade que nous avons vue avec MM. Thevenot et Bouchard, nous avons craint également une inflammation périintestinale.

En résumé, il faut, dans l'étiologie des sécrétions dont vient de nous entretenir M. Thevenot, tenir grand compte de toutes les inflammations périintestinales.

M. Thevenot : L'observation de M. Dubuc me paraît juste, et je l'accepte. Quant à M. Perrin, je lui répondrai que, si j'ai donné à cette maladie ou à ce symptôme un nom nouveau, c'est que les différents noms proposés jusqu'à ce jour ne me semblent pas très heureux.

Good a appelé cette maladie *diarrhée tubulaire*, Witehead, *affection muqueuse*, Da Costa, *entérite membraneuse*, Goss, *affection membraneuse de l'intestin*, Powell, *affection douloureuse de l'intestin;* le nom de *catarrhe intestinal à mucosités membraniformes* que je propose, et auquel je ne tiens guère, a l'inconvénient d'être long, mais il a du moins l'avantage de ne rien préjuger sur le siège de l'affection, car il n'est nullement prouvé que ces excrétions de mucosités se forment uniquement sur la muqueuse du gros intestin.

M. Dubuc : Il me semble qu'on n'a pas suffisamment insisté sur ce point, c'est que cette affection paraît particulière à la femme. Il y a là quelque chose de spécial; ce sont des hystériques et des nerveuses qui en sont ordinairement atteintes.

M. Reliquet : Je répète que j'ai observé cette sécrétion membraneuse maintes fois chez mes malades. Et même, dans deux cas, l'inflammation de voisinage a provoqué la formation de véritables tubes longs de plusieurs centimètres. Il est donc hors de doute que ces faits existent aussi, bien réellement, chez l'homme.

—

M. Dubrisay lit une observation de *mal de Pott* durant depuis huit ans.

L..., qui est aujourd'hui âgé de 15 ans, présenta les premiers symptômes du mal de Pott à 7 ans. — Le diagnostic fut d'abord assez difficile à établir parce que, pendant plusieurs mois, il n'y eut que des douleurs sans la moindre déformation de la colonne et sans aucun des phénomènes pathognomoniques ordinaires. — Aussi hésita-t-on un certain temps entre l'arthrite et la carie.

Au bout de six mois, apparut à droite, à 2 ou 3 millimètres au-dessus de la crête iliaque, une tumeur molle fluctuante du volume d'un œuf de poule. — C'était à n'en pas douter un abcès par congestion qu'on laissa s'ouvrir spontanément un an après le début de la maladie. — Depuis lors jusqu'à aujourd'hui, c'est-à-dire depuis sept ans, cet abcès ne s'est jamais fermé et a donné presque constamment une assez grande quantité de pus pour que l'on fût obligé de faire deux pansements par jour.

Deux ans après l'ouverture du premier abcès, c'est-à-dire il y a cinq ans, une tumeur semblable à la première, quant au siège et à la nature, mais beaucoup plus volumineuse, apparut au-dessus de la crête iliaque gauche, en arrière, dans l'espace angulaire formé par les muscles grand dorsal et grand oblique le long du muscle sacrolombaire.

Cette tumeur, beaucoup plus volumineuse que la première, ne fut pas indolente comme elle. — Elle donna lieu aux accidents généraux de la suppuration et je priai mon ami Saint-Germain de venir l'ouvrir. Il sortit une quantité considérable de pus que nous estimâmes à 250 grammes. Le pansement antiseptique fut appliqué et des injections au vin aromatique pratiquées tous les jours, plutôt deux fois qu'une.

Au bout de quelque temps, nous reconnûmes que les deux ouvertures communiquaient, que le liquide injecté par une ouverture ressortait librement par l'autre.

Jusqu'ici rien d'extraordinaire. La maladie était longue, mais malheureusement, c'est ce qui arrive trop souvent.

L'état général se maintenait assez bien, grâce à une excellente hygiène. Le seul fait qui nous étonnait un peu, c'est qu'il était impossible de permettre à l'enfant de quitter son lit. Dès qu'il marchait, les douleurs reparaissaient, le pus se produisait en quantité anormale et il fallait reprendre la position horizontale.

Il y a deux ans, l'enfant se mit à tousser mais sans fièvre et sans la moindre oppression, et un jour, pendant l'injection, il accusa tout à coup une saveur aromatique dans la bouche. — Les parents examinèrent les crachats et reconnurent qu'il rendait par la bouche une partie du vin aromatique de l'injection; bien effrayés, ils portèrent le malade chez M. de Saint-Germain, qui constata comme eux le fait annoncé, et moi-même appelé le lendemain, j'en reconnus de même la réalité.

Ainsi, sans le moindre accident général, sans aucun signe sthétoscopique ni avant ni après la manifestation de ce phénomème, alors que deux ouvertures béantes laissaient librement sortir le pus, il s'était formé une nouvelle collection qui passant à travers les piliers du diaphragme était remontée du siège primitif du mal, c'est-à-dire des dernières

vertèbres dorsales et premières lombaires jusqu'à la plèvre, l'avait perforée et était entrée dans les bronches. — Nous cessâmes les injections, mais le trajet transpulmonaire existe encore certainement, bien que les poumons soient sains, car de temps en temps on constate encore dans les crachats une petite quantité de pus.

Ce fait n'est assurément pas unique dans la science. Dans les bulletins de la Société anatomique j'en ai trouvé plusieurs signalés, entre autres : un par Triquet et l'autre par Deville. Mais les cas rapportés par ces auteurs ont présenté une marche très différente. Ce n'était pas après plusieurs années d'existence de la maladie et avec des ouvertures béantes que le pus s'était fait jour dans les poumons. Des phénomèmes inflammatoires s'étaient immédiatement produits et avaient amené rapidement la mort.

En raison des différences notables que présentait le cas du jeune L..., j'ai cru que cette rapide observation pouvait intéresser la Société.

M. Duroziez : Il me paraît difficile d'admettre que cette perforation ne se soit révélée par aucun signe stéthoscopique. Il est probable que la marche insidieuse de l'affection n'a pas attiré l'attention et que les signes physiques du côté du poumon ont ainsi passé inaperçus.

M. Dubrisay : Cet enfant demeurait aux portes de Paris, il a donc pu être suivi, et il a été suivi de très près par M. de Saint-Germain et par moi. Aussi, quand je dis qu'il n'y a eu aucun signe stéthoscopique, c'est absolument vrai. A toutes les fois que je voyais cet enfant, je l'auscultais avec soin, et j'étais invité à le faire non seulement par les antécédents personnels de cet enfant, par la crainte de voir se généraliser au poumon la tuberculose encore localisée aux vertèbres, mais parce que cet enfant toussait déjà depuis un mois lorsque l'accident est survenu. Donc, je l'auscultais souvent et jamais je ne trouvais rien dans la poitrine. Maintenant, j'accorde qu'il peut y avoir eu un point de pleurésie limitée à la base, et, dans ce cas, il serait naturel que cette pleurésie ne se fût révélée par aucun phénomène stéthoscopique.

—

Il est ensuite procédé au vote pour la nomination d'un secrétaire annuel en remplacement de M. Marchal, empêché.

M. Fauquez est nommé secrétaire à la majorité des votants.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, Dr Gaston Graux.

COURRIER

Concours. — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 8 octobre, à *midi précis*, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de 2e et de 3e année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont *tous* tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 3 septembre jusqu'au lundi 24 septembre, inclusivement.

— L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le mardi 9 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 3 septembre jusqu'au jeudi 27 du même mois, inclusivement.

—

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Des accidents nerveux du Diabète sucré,

Par H. Barth, médecin des hôpitaux.

Depuis quelques années, l'histoire clinique de la maladie de Willis s'est singulièrement élargie : grâce à la précision de l'observation moderne, grâce aux moyens perfectionnés de recherche, nombre de faits que les anciens auteurs avaient laissé passer sans les voir, ou qu'ils avaient notés incidemment sans les comprendre, ont été recueillis, classés, interprétés et sont venus prendre dans le tableau symptomatique une place dont chaque jour accroît l'importance.

Cette remarque s'applique surtout aux phénomènes d'ordre nerveux : à mesure qu'on pénètre plus avant dans l'étude clinique du diabète, on est amené à reconnaître que dans toutes ses phases, depuis son début jusqu'à sa terminaison, cette curieuse maladie peut déterminer, dans les diverses fonctions du système nerveux, une série de perturbations, les unes légères, les autres graves, qui toutes semblent être sous la dépendance immédiate de la dyscrasie produite par la présence du sucre en excès, qui offrent en fait, tant au point de vue de la pathogénie que de la clinique, une remarquable analogie avec les accidents résultant de diverses intoxications, telles que l'alcoolisme, le saturnisme ou l'urémie.

L'étude si intéressante des manifestations nerveuses du diabète est aujourd'hui assez avancée pour qu'il soit possible d'en tracer un tableau d'ensemble. Telle est la tâche qui est échue à M. le docteur Dreyfous au dernier concours d'agrégation, et c'est dans sa remarquable thèse que nous puiserons la plupart des détails qui vont suivre.

Ce qui distingue tout d'abord les phénomènes nerveux diabétiques, ce qui empêche de les confondre avec ceux des maladies propres du système nerveux, c'est leur caractère variable et irrégulier. Suivant la remarque de Trousseau, ils sont bizarres, protéiformes et surtout imprévus : ils ne

FEUILLETON

Eugène-Raymond Archambault.

DISCOURS PRONONCÉ A SES OBSÈQUES, AU NOM DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX,

Par M. Desnos, secrétaire général.

Si on a pu dire qu'en notre France, il n'y a pas d'hommes indispensables, qu'il n'y a pas de pertes irréparables, il n'en est pas moins vrai que la mort de celui dont la Société médicale des hôpitaux pleure aujourd'hui la perte laissera, dans la médecine infantile, un vide difficile à combler.

Depuis de longues années déjà, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, Archambault était dès longtemps préparé, par ses études sur les maladies du premier âge, à entrer dans la carrière qu'il a si brillamment parcourue. Je n'en veux pour témoignage que sa thèse sur la ponction de la poitrine dans les épanchements pleuraux chez les enfants, travail qui fut très remarqué à l'époque où il parut. J'en pourrais dire autant de ses recherches sur la trachéotomie à la période extrême du croup, question thérapeutique d'importance capitale, à laquelle il voua une prédilection particulière, sur laquelle il revint de nouveau devant la Société, dans un travail inséré dans nos Bulletins et Mémoires en 1867. Citerai-je encore ses études sur les maladies des méninges, sur le muguet, publiées dans un recueil encyclopédique célèbre, et enfin ses annotations à la traduction du livre de West sur les affections de la première et de la seconde

suivent aucune marche, aucune gradation régulière, sans cause connue on les voit paraître, disparaître, s'amender ou s'aggraver ; tantôt ils se montrent au début même de la maladie, dont ils constituent les premiers signes révélateurs ; d'autres fois ils ne paraissent qu'aux périodes ultimes ; ils peuvent même manquer entièrement ; aussi méritent-ils plutôt le nom d'accidents que celui de symptômes.

Faute d'un ordre naturel qui n'existe pas dans les faits, on se voit obligé de recourir à un classement artificiel et de décrire successivement les troubles de la motilité, ceux de la sensibilité et des organes des sens, les troubles trophiques, enfin les phénomènes cérébraux. Parcourons rapidement ces divers points, et nous essayerons ensuite de voir comment, dans l'état actuel de la science, on peut s'expliquer la pathogénie générale des accidents nerveux du diabète.

I. — Les troubles de la *motilité* ont été signalés depuis Rollo par tous les auteurs. C'est d'abord une diminution marquée des forces, une courbature générale souvent accompagnée de douleurs de reins simulant un lumbago. Les malades se plaignent, suivant l'expression vulgaire, d'avoir du coton dans les jambes, ils deviennent apathiques et redoutent le moindre exercice. Cependant, à examiner les choses de près, on ne constate aucune paralysie véritable : la vigueur musculaire est conservée, ou à peine diminuée, mais elle s'épuise vite, et un effort, si court qu'il soit, laisse après lui une fatigue prolongée. Cette lassitude, cette torpeur musculaire, qui apparaît souvent dès le début de la maladie, s'accentue à mesure que celle-ci fait des progrès; on la voit diminuer avec la glycosurie sous l'influence d'un traitement rationnel.

A côté de ce phénomène d'observation journalière, il n'est pas très rare de constater des paralysies véritables, et celles-ci offrent des caractères tout à fait particuliers, bien mis en relief par Lasègue. Elles peuvent se montrer à toutes les périodes, et accompagnent assez souvent les phases initiales ; elles sont passagères et ordinairement partielles. Si parfois on les voit affecter la forme hémiplégique (Lasègue), ou même paraplégique (Marchal de Calvi), elles sont plus souvent limitées, soit à un membre, soit à un groupe de muscles. Elles affectent les plus bizarres localisations : c'est

---

enfance? L'importance de ces annotations les élève à l'égal des traités les plus appréciés sur la pathologie de l'enfance.

Il y a un petit nombre d'années, on avait médité, en haut lieu, des modifications dans l'enseignement clinique qui promettaient d'exercer l'influence la plus favorable sur l'instruction des jeunes générations médicales.

Pour réaliser ces modifications, il fallait de nouveaux professeurs.

Par le succès de ses leçons à l'hôpital des Enfants, Archambault se trouvait naturellement désigné pour y dispenser l'enseignement clinique. Il allait entrer en possession de cette chaire nouvelle, on pourrait dire qu'il y était nommé, lorsque les vicissitudes incessantes d'une politique soumise à de fréquentes fluctuations emportèrent le projet ministériel, et, ainsi que bien d'autres choses, la chaire de clinique de l'hôpital de la rue de Sèvres.

Avec son esprit ouvert à toutes les innovations propres à faire progresser la thérapeutique infantile, très au courant de ce qui se faisait, dans ce but, en France ou à l'étranger, notre collègue était doué des qualités d'une critique sagace, trop rare, peut-être, qui le préservaient du danger des enthousiasmes irréfléchis.

Il y a peu de temps encore, on avait cru trouver dans une substance qui possède, à un merveilleux degré, la vertu de provoquer des sécrétions exagérées des cavités de la gorge et de la bouche, le moyen d'éliminer les fausses membranes qui constituent le principal danger d'un mal terrible qui fauche ses victimes dans tous les rangs de la société. Archambault reprit les expériences qu'on invoquait, et en s'appuyant sur des faits supérieurs aux raisonnements, il montra à quelles illusions décevantes pouvait exposer les médecins l'emploi de la pilocarpine contre la diphtérie.

Sa connaissance approfondie des maladies des enfants, sa notoriété comme clinicien,

ainsi qu'on les voit occuper la langue, les muscles moteurs du globe de l'œil ou même ceux du larynx; parfois elles s'associent de la manière la plus paradoxale et la plus inattendue. Nous avons dit qu'elles étaient incomplètes et plutôt bornées à une simple parésie. Leur durée est très irrégulière; souvent elles rétrocèdent en quelques jours, mais pour reparaître quelque temps après avec les mêmes caractères.

Divers autres troubles moteurs ont encore été observés: ainsi l'incoordination motrice avec démarche rappelant celle des ataxiques (Marchal); ainsi les crampes (Pavy, Bouchardat) qui sont remarquables par leur fréquence et leur ténacité, et qui, survenant pendant la nuit, empêchent parfois tout sommeil; ainsi encore les convulsions, qui peuvent être partielles ou générales et affecter le caractère d'attaques épileptiformes.

II. — Les troubles de la *sensibilité* ne sont pas moins communs et présentent aussi une grande variété. Souvent c'est une anesthésie, qui peut être limitée à un membre, mais qui plus souvent dessine des plaques irrégulières, sans aucun rapport avec la distribution des nerfs cutanés; elle peut occuper tous les points du corps. Rarement l'anesthésie est complète; d'ordinaire il y a seulement de l'analgésie ou de l'anesthésie tactile; assez souvent elle est associée à une névralgie.

L'hyperesthésie cutanée est très fréquente: tout le monde connaît ces démangeaisons, ce prurit insupportable qui paraît dû à l'élimination du sucre par les glandes cutanées et qui est parfois le phénomène révélateur d'un diabète jusqu'alors ignoré. On a noté aussi des tiraillements, des fourmillements douloureux dans un côté du corps (Trousseau); chez quelques malades on constate une sensibilité marquée à la pression dans la région de la nuque, ou le long de la colonne vertébrale; enfin certains diabétiques accusent une excessive susceptibilité au froid extérieur, probablement due au ralentissement des combustions interstitielles.

Les névralgies diabétiques ont été souvent signalées: d'après Worms et Berger (de Breslau), elles seraient fréquemment bilatérales et symétriques, remarquables en outre par l'intensité et la ténacité des douleurs qui résistent à tous les moyens thérapeutiques; seul le traitement du diabète, en agissant sur leur cause, est capable de les amender. Ces névralgies n'ont

---

le destinaient à une grande clientèle qui ne lui fit pas défaut. Il y apporta la finesse et la délicatesse de son esprit, la bonté de son cœur. Il s'y livra aussi avec un dévouement qui ne fut peut-être pas sans contribuer à abréger ses jours.

Mais, en même temps, par respect pour lui-même et aussi pour le corps médical dont il s'honorait de faire partie, il sut avec dignité se garder contre certaines exigences que ne justifient pas toujours les alarmes d'une mère.

Notre cher ami vient d'être emporté à l'âge où les coups de la mort sont peut-être les plus cruels; à cette époque de l'existence du médecin d'hôpital où encore dans toute la puissance de la vie intellectuelle et mettant à profit, au bénéfice de sa renommée et de l'intérêt de l'humanité, les résultats de ses travaux antérieurs, des observations scrupuleusement recueillies, de l'expérience péniblement acquise, il trouve pour lui et pour les siens, dans la haute considération qui l'entoure, la récompense des labeurs accumulés.

Depuis plusieurs années déjà, son énergique nature, domptant la douleur, luttait en les terrassant, contre les atteintes du mal cruel qui l'a moissonné. Un jour, pourtant, les soins et l'affection d'amis dont les noms signifient illustrations médicales de premier ordre, la sollicitude d'un de nos collègues aimé, qu'il avait jugé digne d'entrer dans sa famille et de devenir son second fils, ont été frappés d'impuissance.

Si, dans d'aussi grandes afflictions, les témoignages d'estime, de sincère affection et de poignants regrets pour celui qui n'est plus, peuvent devenir une atténuation à la douleur de ceux qui restent, ta famille, ô Archambault, recevra du moins cette suprême consolation de tes collègues de la Société médicale des hôpitaux et de celui qui, chargé de la représenter, ne pourra oublier les heureux jours d'internat passés avec toi dans les échanges d'une loyale et franche amitié.

pas de siège d'élection ; on les voit occuper les nerfs sciatiques, les intercostaux, les nerfs dentaires; suivant Rosenstein, elles auraient pour caractère d'être souvent limitées aux parties périphériques. Elles n'épargnent pas les nerfs viscéraux: la névralgie du pneumogastrique est loin d'être rare, suivant le professeur Peter, et la gastralgie est signalée par tous les auteurs. C'est sans doute à une névralgie des nerfs cardiaques qu'il faut attribuer les faits d'angine de poitrine chez les diabétiques, sur lesquels Vergely et Huchard ont appelé récemment l'attention.

Après les troubles de la sensibilité générale, notons ceux qui atteignent les organes des sens. La perte du sens génital et l'impuissance se montrent de bonne heure chez les diabétiques, et à l'inverse des individus atteints de maladies de la moelle, des ataxiques notamment, ils semblent s'y résigner sans peine, avec l'apathie et le laisser-aller qui leur est habituel (Legrand du Saulle).

Les troubles oculaires sont au nombre des manifestations les plus fréquentes et les plus significatives du diabète (Bouchardat); c'est avant tout et surtout la cataracte diabétique, que nous nous bornons à mentionner; puis la rétinite glycosurique, reconnaissable à l'ophthalmoscope par des hémorrhagies rétiniennes multiples et par des taches blanchâtres, dites graisseuses, qui ressemblent à celles de la rétinite albuminurique; plus rarement on observe l'atrophie progressive de la papille. L'amblyopie sans lésions du fond de l'œil est assez fréquente; elle est ordinairement binoculaire, et caractérisée par la sensation d'un brouillard, avec ou sans lacunes du champ visuel; quelquefois par de la dyschromatopsie; l'hémiopie a été aussi observée (de Graefe). Nous avons déjà signalé les paralysies oculaires; elles sont incomplètes et transitoires comme celles des autres appareils musculaires; elles frappent tantôt le muscle accommodateur, d'où la presbytie précoce, tantôt l'iris, d'où la mydriase et l'inégalité pupillaire, tantôt l'un des muscles moteurs de l'œil, et plus spécialement le droit externe, d'où le strabisme convergent.

Les autres organes des sens sont plus rarement frappés; cependant il se produit quelquefois de la surdité (Dreissig, Griesinger) ou des bourdonnements d'oreilles (Senator), et, d'après Lecorché et Mary, l'anosmie ne serait pas fort rare.

Mentionnons seulement en passant les troubles trophiques variés et disparates qu'on observe dans le diabète : urticaire (Peter), sueurs partielles (Buicli), gangrènes symétriques des extrémités (Raynaud), rétraction de l'aponévrose palmaire (Dreyfus-Brisac), et arrivons aux phénomènes cérébraux qui offrent beaucoup plus d'importance.

III. — Dès le début de sa maladie, le diabétique devient passif, indifférent à tout ce qui l'entoure; son apathie intellectuelle lui rend son travail impossible, sa mémoire faiblit; souvent il est en proie à une somnolence perpétuelle.

En opposition à ce tableau, on observe dans quelques cas un état absolument inverse : le malade est irascible et agité, ses nuits se passent dans l'insomnie; parfois même il est atteint d'un délire nocturne, qui tantôt ressemble au délire ultime des cardiaques, et tantôt est caractérisé par l'obsession d'une idée fixe; ces troubles mentaux peuvent aller jusqu'à la vésanie.

Mais, ce n'est pas tout : le diabétique peut présenter divers accidents qui, pour l'observateur non prévenu, rappellent les symptômes d'une tumeur cérébrale; ainsi une céphalée intense et tenace, qui siège le plus souvent à la nuque (Marchal, de Calvi); ainsi une aphasie parfois complète, mais de courte durée (Bouchard); ainsi des vertiges ou des syncopes, ces dernières presque toujours en rapport avec des crises subites de diarrhée (Lasègue); ainsi encore des attaques épileptiformes ou apoplectiformes aussi soudaines qu'inattendues.

Il nous reste à parler du *coma diabétique*, complication grave entre toutes, dont Kussmaul, le premier, a donné la description exacte et qui tient aujourd'hui une si large place dans l'histoire du diabète. On connaît assez les caractères cliniques de cet accident redoutable. Nul malade n'en est à l'abri, car tantôt il apparaît d'emblée et constitue le signe révélateur du diabète; tantôt il ne survient qu'à la période ultime, cachectique; parfois, enfin, il se montre brusquement dans le cours du diabète reconnu et traité. Les prodromes, non constants, se bornent à quelques phénomènes d'excitation cérébrale, une certaine loquacité incohérente, ou bien une douleur à l'épigastre, une angoisse, un vague malaise; parfois on observe que l'haleine du malade dégage une odeur particulière, rappelant celle du chloroforme. Bientôt les accidents éclatent, rapides et foudroyants. Quelquefois ce sont des troubles gastro-intestinaux qui ouvrent la scène : coliques et vomissements (Schmitz), douleurs abdominales simulant une péritonite (Jaccoud), diarrhée cholériforme (Buhl et Tappeiner); ou bien c'est d'emblée une prostration complète, inexplicable. Mais le phénomène capital est une dyspnée violente, à rhythme particulier; l'inspiration est profonde et énergique, comme si le malade avait soif d'air; l'expiration également énergique; il n'y a pas d'intermittences comme dans l'urémie, au contraire, les mouvements respiratoires sont rapides et réguliers; cependant point d'orthopnée; le malade, étendu sur son lit, est incapable de faire aucun mouvement; son pouls est petit et rapide ; sa peau sèche, rugueuse ; sa langue noirâtre et parcheminée; les extrémités sont refroidies; les urines, quand elles ne sont pas supprimées, exhalent la même odeur que l'haleine. Le coma ne tarde pas à devenir complet, la sensibilité et la motilité volontaires sont abolies, la respiration devient stertoreuse, la température centrale s'abaisse avec rapidité, et le malade succombe au bout de douze à quarante-huit heures sans aucun phénomène convulsif.

IV. — On le voit, les accidents nerveux chez les diabétiques sont aussi variés qu'importants, et occupent souvent une large place dans l'ensemble des symptômes. Si leur histoire clinique est aujourd'hui assez bien connue, en est-il de même de leur pathogénie? Non, malheureusement, et les efforts considérables qui ont été tentés dans ce sens n'ont abouti qu'à des théories souvent plausibles mais dont aucune ne peut expliquer la totalité des faits.

Nous l'avons dit en commençant, le caractère essentiellement désordonné des accidents que nous étudions, leur variabilité, leur inconstance, ne permettent pas un seul instant de les attribuer à une altération primitive des centres nerveux, et les lésions d'ailleurs peu nettes qu'on a pu rencontrer dans les autopsies sont évidemment des effets plutôt que des causes. Au contraire, tout rapproche les troubles nerveux diabétiques de ceux qu'on observe dans les diverses toxhémies, et tout démontre qu'ils doivent être rapportés à une véritable intoxication. Mais quelle est la nature de l'agent toxique, et quel est son mode d'action? C'est ici que les difficultés commencent.

La plupart des recherches ont porté exclusivement sur la pathogénie du coma diabétique, le plus important des phénomènes en question, et le plus facile à étudier expérimentalement.

Griesinger, Busch et Wunderlich, frappés par une certaine analogie clinique, par l'hypothermie, les phénomènes gastro-intestinaux et le collapsus, ont émis l'idée que le coma du diabète était dû simplement à l'urémie: cette opinion ne peut se soutenir, car, sans parler des cas nombreux où les accidents éclatent chez des diabétiques dont les reins fonctionnent bien, et dont les urines ne sont pas albumineuses, il est certain que, par le caractère de la dyspnée, par l'absence de convulsions, le coma diabétique diffère profondément du coma urémique.

Kussmaul a défendu une théorie plus solide, et qui compte encore aujourd'hui beaucoup de partisans : celle de l'acétonémie. Il a pensé que le sucre du sang se décomposait par fermentation acétique spontanée, et donnait ainsi naissance à de l'acétone, substance éthérée analogue au chloroforme et douée comme lui de propriétés stupéfiantes. Il est certain que l'acétone existe dans le sang des diabétiques comateux, comme le démontre l'odeur chloroformique exhalée par leur haleine et par leurs urines. Mais les expériences de Kussmaul lui-même et de plusieurs autres observateurs ont démontré que les accidents toxiques produits par l'injection d'acétone dans le sang n'offraient qu'une vague ressemblance avec le coma diabétique; en outre, il faut, pour produire ces accidents, employer de très fortes doses, et il ne paraît pas probable que cette substance éminemment volatile, qui s'élimine sans obstacle par les poumons, puisse s'accumuler dans le sang en quantité notable. Si l'acétonémie peut rendre compte de certains troubles cérébraux, elle n'explique donc pas les phénomènes foudroyants de dyspnée et de collapsus qui caractérisent le coma diabétique.

A ce dernier point de vue, l'hypothèse émise récemment par Sanders et Hamilton ne laisse pas d'être séduisante : partant de ce fait bien établi qu'on trouve souvent une notable quantité de graisse émulsionnée dans le sang des diabétiques, ces auteurs ont attribué la dyspnée et le coma à des embolies graisseuses capillaires, analogues à celles qu'on observe dans les fractures compliquées. — Mais la réalité de ces embolies n'est encore qu'imparfaitement démontrée, et on a peine à comprendre sous quelle influence elles se produiraient ainsi d'une manière subite; en supposant le fait exact, cette interprétation ne convient certainement pas à tous les cas.

Plus large et plus conforme aux résultats de l'observation est la théorie du professeur Bouchard, auquel l'étude de la physiologie pathologique du diabète a suggéré tant d'idées ingénieuses : sans faire intervenir aucun agent morbide nouveau, il attribue simplement les accidents nerveux diabétiques à la déshydratation des tissus, résultat naturel de l'hyperglycémie. Le sucre qui circule avec le sang et qui imprègne tous les organes, emprunte incessamment aux tissus l'eau nécessaire à sa diffusion. Si cette eau n'est pas fournie en abondance par les boissons, il en résulte un dessèchement relatif et un état de souffrance des éléments anatomiques, notamment des éléments nerveux. Vienne alors une spoliation aqueuse qui augmente brusquement la densité du sang, la déshydratation dépassera les limites compatibles avec le maintien de la vie organique et des accidents promptement mortels seront la conséquence de cette rupture de l'équilibre nutritif. Ainsi s'expliquerait l'apparition fréquente du coma diabétique à la suite des sueurs profuses, des diarrhées et de toutes les causes capables de produire l'augmentation brusque de la densité du sang; ainsi se trouverait justifiée l'assimilation que Buhl a tenté d'établir entre les phénomènes nerveux du diabète et ceux du choléra.

Cette hypothèse offre une grande vraisemblance et il est possible que l'avenir lui donne raison; mais renferme-t-elle la vérité tout entière et sa simplicité est-elle bien d'accord avec l'extrême complexité des faits ? Il serait prématuré de conclure. A défaut d'une solution définitive, nous sommes du moins en possession de certaines données qui nous permettent d'entrevoir dès aujourd'hui assez clairement l'ensemble des conditions pathogéniques des accidents nerveux du diabète.

La glycémie, la surcharge du sang et des tissus par le sucre est évidemment le fait primitif, essentiel; par son action irritante, ce sucre détermine des troubles de la circulation capillaire; par son avidité pour l'eau il entrave les phénomènes d'osmose et gêne la nutrition des éléments anatomiques; de là des désordres fonctionnels variés, de là pour le système

nerveux, impressionnable entre tous, un état de malaise qui se traduit de mille manières. Que si, dans ces conditions, une circonstance fortuite vient modifier brusquement le milieu intérieur déjà altéré, augmenter par soustraction d'eau la densité du sang, empêcher l'élimination du sucre ou en provoquer la décomposition, aussitôt les échanges nutritifs s'arrêteront, le système nerveux frappé de stupeur refusera tout service, et la vie, dont toutes les sources se tarissent à la fois, ne tardera pas à s'éteindre.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

Egypte. — Le 2 août, on comptait 195 décès au Caire et 5 à Alexandrie. La mortalité était donc moindre au Caire; mais elle augmentait à Zagazig et à Tantah, et on avait constaté 71 décès dans le Garbieh, 125 dans le Dakalieh et 140 dans le Charkieh. L'épidémie franchit de nouvelles étapes dans la Haute-Egypte, et atteint Girgeh et Assiout.

Toutefois, si le nombre des cas d'invasion s'élève encore chaque jour à 700 ou 800, la mortalité diminue, et les guérisons s'observent dans la proportion de 60 pour 100.

Le 3 août, il y a eu : 170 décès cholériques au Caire, 223 dans les villes de l'intérieur et 4 à Alexandrie. De plus, on évalue la mortalité dans les provinces à 352 décès cholériques.

Les régiments anglais sont déplacés continuellement et on leur applique les règles sanitaires en usage aux Indes; néanmoins, le nombre des décès ne diminue pas.

Le 5 août, il a été constaté 160 décès cholériques au Caire, 54 à Tantah, 43 à Zagazig, 3 à Alexandrie, 12 à Kafr-Dawor, station où séjournent les réfugiés de l'intérieur avant d'être admis dans Alexandrie. Enfin, dans les campagnes où se sont dispersés un grand nombre de citadins, la mortalité atteint le chiffre très élevé de 483; l'épidémie conserve donc sa violence.

Voici quelques renseignements statistiques sur la mortalité depuis le début de l'épidémie jusqu'au 31 juillet. Ils complètent ceux que nous avons fait connaître antérieurement. Le nombre des décès s'est élevé en 35 jours à 2,023 pour Damiette; en 27 jours à 1,249 pour Mansourah; en 20 jours à 1,024 pour Chirbine-el-Kom et 686 pour Mehallet-el-Kébir; en 16 jours à 4,602 pour le Caire et, en moins de 15 jours, à 511 pour Samanoud, 476 pour Chirbine, 305 pour Tantah, 258 pour Menzaleh, 164 pour Zagazig, 161 pour Zifteh, 117 pour Benha, 69 pour Rosette, 57 pour Ismaïlia, 29 pour Alexandrie. Dans les villages du Delta, elle a été de 703 décès et, dans la Haute-Egypte, de 202; mais ces derniers chiffres méritent d'être contrôlés; on ne les connaîtra exactement et on ne pourra juger de toute la gravité du fléau que par la comparaison ultérieure de cette mortalité avec celle qu'indique la moyenne des tables obituaires des années antérieures.

Asie. — Un cas de choléra a été signalé le 3 août parmi les soldats qui surveillent les quarantainaires au lazaret de *Beyrouth.*

Europe. — Des cas cholériques se sont manifestés parmi les équipages des navires venant d'Egypte à destination de *Liverpool.* Sur la *Neera*, on a compté quatre cas de choléra parmi les matelots; mais ces cas étaient bénins et ont été combattus à temps par un médecin qui se trouvait à bord. Néanmoins, nulle mesure sanitaire n'a été imposée à ce navire, pas plus qu'aux vaisseaux. Est-ce là une application de la note adressée par le gouvernement anglais en réponse aux dangers que signalent tous les journaux du continent et dont l'opinion publique s'est émue? Aussi, une décision du gouvernement *autrichien* prescrit une visite médicale sévère de tout vaisseau venant d'Angleterre.

En *France*, une circulaire de la septième direction du ministère de la guerre vient d'être envoyée aux directeurs de santé de corps d'armée et leur prescrit les mesures sanitaires dont elles devront assurer l'exécution dans les corps de troupes, les casernements et les hôpitaux en cas d'invasion du choléra. Elles sont en accord avec les instructions du conseil d'hygiène et recommandent le sulfate de cuivre comme agent de désinfection dans les chambrées. — C. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er août. — Présidence de M. GUÉNIOT.

SOMMAIRE. — Le règlement de la Société de chirurgie et les travaux qui sont adressés à cette Société. — Rapport sur une observation de hernie inguinale congénitale; discussion. — Lectures diverses. — Présentation d'instruments ou appareils pour le drainage chirurgical.

Une discussion qui sort du cadre habituel des débats de la Société de chirurgie, a eu lieu dans cette séance. Elle est relative à l'interprétation de l'article du règlement de cette Société concernant les travaux qui lui sont adressés.

Cet article porte en substance que tout travail adressé à la Société de chirurgie et sur lequel il aura été fait un rapport, devra être considéré comme étant la propriété de cette Société. N'ayant pas l'article sous les yeux, nous ne pouvons garantir l'exactitude littérale des termes dans lesquels nous le reproduisons; mais il nous est permis du moins, croyons-nous, d'en garantir le sens général.

La discussion a été soulevée à la suite de deux rapports sur des travaux dont les auteurs ont manifesté l'intention de les publier ultérieurement dans des journaux de médecine.

Or ces auteurs ont-ils ce droit? Non, disent les uns, puisque ces travaux, en vertu de l'article du règlement, sont devenus et doivent rester la propriété exclusive de la Société; oui, disent les autres, parce qu'un article de règlement ne peut pas faire que ces travaux ne soient pas la propriété légitime de leurs auteurs et que ceux-ci n'aient le droit absolu, une fois le rapport lu, de faire de leurs travaux l'usage que bon leur semble et de les porter ou de les publier où il leur plait.

La moitié au moins de la séance a été employée ou perdue, comme on voudra, à discuter cette grave affaire, et plus on avançait dans la discussion moins on marchait vers la solution, car le choc des opinions épaississait les ténèbres au lieu de faire jaillir la lumière.

> Thémis n'avait point travaillé,
> De mémoire de *singe* à fait plus embrouillé.

Nous renonçons à entrer dans les détails d'un débat qui, d'un bout à l'autre, a tourné à l'*imbroglio*.

Enfin M. le président Guéniot, pour clore une discussion qui commençait à s'éterniser, s'est avisé d'un expédient habile qui a mis tout le monde d'accord, sans rien accorder à personne. La solution de l'honorable président de la Société de chirurgie rappelle un peu la fameuse sentence du juge de la fable de l'*Huître et les Plaideurs :*

> Messieurs, la Cour vous donne à chacun une écaille,
> Sans dépens, et qu'en paix chacun chez soi s'en aille.

Sur ce, tout le monde est rentré..... dans le silence, et l'article du règlement, cause de tout le litige, est resté après ce qu'il était avant.

—

M. TERRIER a lu un rapport sur un travail de M. le docteur Nicati (de Marseille) relatif à deux cas de blessure de l'œil par des baguettes de fusées de feu d'artifice. Nous devons nous borner à reproduire le titre de ce rapport, dont il ne nous a pas été possible d'entendre autre chose.

— M. TRÉLAT fait un rapport verbal sur une observation de hernie inguinale congénitale étranglée qu'il a présentée dernièrement au nom de M. le docteur Damalix.

Il s'agit d'un jeune homme de 25 ans, ayant depuis son enfance une hernie inguinale qu'il maintenait au moyen d'un bandage. A 24 ans, la hernie s'échappa de dessous le bandage et resta sortie pendant huit heures, après lesquelles on put la faire rentrer.

Un an après, nouvelle sortie brusque de la hernie à la suite de secousses de toux; accidents immédiats d'étranglement. Un médecin, ancien interne de M. Trélat, est appelé auprès du malade vers huit heures du matin; il fait des tentatives infructueuses de réduction, en s'aidant du chloroforme; comme les accidents étaient peu prononcés, il croit pouvoir attendre et revoit le malade vers quatre heures du soir, nouvelles tentatives de réduction, nouvel insuccès. Le malade est envoyé à l'hôpital Necker dans le service de M. Trélat. L'interne du service fait une nouvelle tentative de réduction qui ne réussit pas mieux que les précédentes; comme il était tard et que les phénomènes d'étranglement

ne présentaient rien d'alarmant, au lieu d'intervenir, il préfère attendre la visite de M. Trélat le lendemain matin.

M. Trélat arrive, examine le malade et constate l'existence d'une hernie inguinale congénitale dont l'étranglement remonte à trente-deux heures. Il se décide à pratiquer immédiatement l'opération qui ne présente rien de particulier.

L'ouverture du sac donne issue à une certaine quantité de liquide sanguinolent et découvre une énorme anse intestinale de couleur ardoise foncée, semblable à du boudin très noir, brillant et résistant. L'étranglement était situé à l'orifice supérieur ou interne du canal inguinal. Lorsqu'il eut été levé par l'incision, la coloration noirâtre de l'anse intestinale se transforme rapidement d'abord en rouge intense puis en rouge modéré, indiquant ainsi que cette coloration noirâtre était le résultat d'une congestion pure et simple, due à la constriction et non à de la gangrène.

L'anse et le sac bien nettoyés, le tout réduit et le pansement terminé, le malade éprouva d'abord un mieux sensible; mais, dans la nuit, il fut pris d'une dyspnée intense, puis d'apnée qui alla en augmentant et qui se termina par la mort dans la matinée, trente-deux heures environ après l'opération.

A l'autopsie on n'a pas trouvé la moindre trace de péritonite; la plaie était presque complètement réunie; mais il existait une congestion pulmonaire des plus intenses; les poumons avaient une coloration gelée de groseilles très foncée; il n'y avait d'ailleurs ni abcès ni infiltration purulente dans le poumon, le foie, la rate, les reins. Le cerveau était normal. En somme, ce malade a succombé vingt-deux heures après l'opération, cinquante-quatre à cinquante-cinq heures après le début des accidents d'étranglement, à une congestion pulmonaire d'origine réflexe.

Cette observation montre une fois de plus la rapidité avec laquelle peuvent se développer les complications les plus graves dans la hernie inguinale congénitale, et la nécessité qu'il y a pour le chirurgien d'intervenir de très bonne heure dans le but de prévenir ces complications.

M. Berger dit que les accidents dont vient de parler M. Trélat ne sont pas rares dans les hernies étranglées; il y a longtemps que M. Verneuil a appelé l'attention sur la fréquence des complications pulmonaires dans les cas de ce genre. Quand une hernie est prise dans un étranglement très serré, il est établi en principe de ne pas multiplier les tentatives de réduction et de passer au plus vite à l'intervention chirurgicale. Dans le cas de M. Trélat, il a été fait trois tentatives de réduction après chloroformisation; eh bien, c'est deux de trop. M. Gosselin a posé pour règle, dans les cas où une hernie étranglée n'a pu être réduite par le taxis ordinaire, d'endormir le malade, d'essayer de réduire, et, si la tentative échoue, d'opérer séance tenante.

M. Lucas-Championnière partage complètement l'opinion de M. Berger sur l'inutilité et le danger des tentatives réitérées de taxis dans la hernie étranglée. Les individus opérés après une série d'essais de taxis se trouvent dans des conditions très mauvaises au point de vue de la réussite de l'opération.

M. Després a depuis longtemps formulé le précepte suivant: toute hernie étranglée sur laquelle des tentatives de taxis ont été faites, est aggravée par suite de ces tentatives et offre, pour l'opération, des chances de mort plus considérables. Les étranglements de nature inflammatoire, comme celui du malade de M. Trélat, présentent beaucoup plus de gravité que les étranglements purement mécaniques; les congestions pulmonaires prétendues réflexes dont il est question sont consécutives à des péritonites septiques dues à la nature inflammatoire de l'étranglement.

M. Lucas-Championnière s'est toujours bien trouvé de pratiquer le taxis au chloroforme dans les hernies étranglées; s'il échoue dans sa tentative de réduction, il pratique l'opération séance tenante. Il faut, dans l'appréciation du cas de M. Trélat, tenir compte de l'état de malaxation de la hernie par une série de tentatives infructueuses de réduction.

M. Trélat, répondant à M. Després, déclare qu'il n'existait aucune trace de péritonite, ni d'inflammation, ni de septicité chez son opéré; de plus, la plaie était à peu près complètement réunie par première intention. M. Després est donc dans l'erreur lorsqu'il prétend que le malade a succombé à des accidents de nature inflammatoire et septique; il s'est agi purement et simplement d'une congestion pulmonaire de nature réflexe.

A M. Berger, qui a invoqué le principe établi, dit-il, par M. Gosselin, d'opérer séance tenante toute hernie qui n'a pu être réduite par le taxis avec chloroforme, M. Trélat répond que M. Gosselin n'a pas posé ce précepte avec la netteté qu'indique M. Berger. La doctrine de l'intervention chirurgicale hâtive dans les hernies étranglées n'appartient

pas à M. Gosselin. Avant que fussent publiées les *Leçons* de cet éminent chirurgien sur les hernies, M. Trélat avait énoncé le principe que « toute hernie sortie devait être réintégrée, séance tenante, par le taxis ou par l'opération ». Cette conduite est particulièrement indiquée pour la hernie inguinale congénitale étranglée qui, en vertu de sa constitution anatomique, se trouve exposée à devenir du premier coup le siège d'un étranglement très serré. Chez son malade, la hernie n'a pas été malaxée, comme on l'a dit; elle était noire par la congestion née de la constriction, non par suite de malaxation.

Pour tirer de ce fait la moralité qu'il comporte, il faut dire que, dans les cas de hernie inguinale congénitale sortie brusquement et non réduite dès les premières tentatives de taxis, il y a lieu d'entrer en extrême défiance et de pratiquer hâtivement l'opération sans s'attarder à de nouvelles tentatives.

Ainsi voilà un garçon robuste et vigoureux dont la hernie ingéniale congénitale sort brusquement vers trois heures du matin, après un effort de toux: immédiatement se manifestent de violents phénomènes d'étranglement; un médecin arrive à 8 heures du matin et fait une tentative infructueuse de taxis; il revient à 4 heures du soir et tente de nouveau le taxis inutilement; il envoie le malade à l'hôpital le soir même; l'interne du service fait une troisième tentative sans plus de succès; le lendemain matin, 32 heures après l'accident, l'opération est pratiquée et le malade meurt au bout de 24 heures, le surlendemain de l'apparition des phénomènes d'étranglement. Il convient de voir dans cette marche extrêmement rapide des accidents, l'indication de la nécessité de l'intervention chirurgicale hâtive dans ces sortes de hernies.

M. Trélat se déclare absolument partisan du taxis au chloroforme. Suivant lui le chirurgien appelé auprès d'un malade atteint de hernie étranglée doit commencer par essayer du taxis avec douceur; si la hernie ne rentre pas, il doit donner le chloroforme avec prudence et précaution et faire une nouvelle tentative; s'il échoue il doit pratiquer immédiatement l'opération.

M. Berger, d'accord avec M. Trélat sur le principe, se sépare de son collègue dans l'appréciation de la conduite suivie dans le cas particulier dont il s'agit. Suivant lui, il a été perdu beaucoup trop de temps; le médecin qui a été appelé à donner ses soins au malade, devait, après avoir constaté l'échec d'une première tentative de taxis, donner le chloroforme, faire une nouvelle tentative de taxis et, en cas d'échec, opérer séance tenante. Au lieu de cela, après avoir vu son malade à 8 heures du matin, il le quitte pour ne revenir qu'à 4 heures du soir, et, après deux échecs de taxis, envoie le malade à l'hôpital; là, après une troisième tentative inutile de taxis, on diffère l'opération jusqu'au lendemain. Quand on perd ainsi des heures avec les hernies étranglées, on s'expose à perdre les malades opérés trop tard et chez lesquels se produisent des perforations intestinales consécutives à une striction trop prolongée. M. Trélat a raison de conclure à l'urgence de l'opéralion dans les hernies étranglées, mais il est regrettable que, dans ce cas particulier, le précepte n'ait pas été suivi par le médecin qui a vu, le premier, le malade.

M. Desprès déclare que la première chose à faire lorsqu'on est appelé auprès d'un malade atteint de hernie étranglée, c'est de le mettre dans un bain; lorsqu'un médecin ne réussit pas à réduire une hernie, c'est qu'il a négligé de mettre le malade dans un bain. Toutes les fois qu'un médecin est appelé à donner les premiers soins à une hernie étranglée il doit, après avoir fait prendre un bain, essayer de réduire la hernie, et s'il échoue, opérer séance tenante ou faire appeler un chirurgien. Toute hernie qui a plus de six heures d'étranglement doit être opérée séance tenante.

M. Desprès ne saurait partager complètement la grande admiration que M. Berger professe pour l'autorité de M. Gosselin, son maître; il estime que M. Gosselin a fait le plus grand tort à la thérapeutique chirurgicale des hernies, en cherchant à remettre en honneur le taxis prolongé, que M. Desprès considère comme funeste.

M. Marc Sée déclare que le chloroforme ne lui a pas rendu de grands services dans les tentatives de réduction des hernies étranglées; à son avis, les hernies qui ne se réduisent pas sans chloroforme ne se laissent guère réduire avec le chloroforme.

M. Berger a réduit dernièrement en quelques minutes, grâce au chloroforme, une hernie, pour laquelle trois médecins avaient fait inutilement des tentatives de taxis.

M. Trélat trouve que ses collègues sont, comme on dit, plus royalistes que le roi; il pensait que, dans le cas sur lequel il vient de faire un rapport, l'intervention chirurgicale au bout de trente heures avait été suffisamment prompte, alors que la temporisation semblait justifiée par le peu de gravité apparente des accidents; tel n'est pas cependant

l'avis de MM. Berger et Desprès, qui reprochent sévèrement au médecin qui a donné les premiers soins au malade d'avoir perdu beaucoup de temps. Suivant M. Trélat, la conduite de ce médecin a été irréprochable de tous points. Seulement M. Trélat a voulu appeler, une fois de plus, l'attention de ses collègues sur la rapidité avec laquelle les accidents s'aggravent dans le cas particulier des hernies inguinales congénitales étranglées, et tirer de ce fait la justification du précepte qu'il a déjà posé antérieurement de la nécessité de l'intervention hâtive dans les cas de ce genre.

En ce qui concerne le reproche adressé par M. Desprès à M. Gosselin, M. Trélat estime que ce reproche est absolument injuste. M. Gosselin, à son avis, a rendu un très grand service à la science et à la pratique chirurgicale en prenant l'initiative de la réaction contre les doctrines de Malgaigne relatives à la péritonite herniaire; l'observation a montré que les craintes de péritonite qui trop souvent paralysaient la main du chirurgien étaient exagérées; en réagissant contre les exagérations des idées de Malgaigne, M. Gosselin a imprimé une très utile impulsion vers la thérapeutique suivie aujourd'hui par la généralité des chirurgiens.

— M. le docteur Houzet (de Boulogne) lit une observation d'enchondrome kystique du cou chez une jeune fille.

— M. Lucas-Championnière met sous les yeux de ses collègues une série de drains en caoutchouc durci ou en métal d'aluminium qu'il emploie avec avantage pour le drainage chirurgical. Il se propose, d'ailleurs, de faire prochainement une communication spéciale sur les modifications qu'il conviendrait, suivant lui, d'apporter à la méthode imaginée par Chassaignac, mais dont ce chirurgien n'avait pas prévu toutes les applications. — A. T.

VARIÉTÉS

Une épidémie cholérique aux Indes.

Un chirurgien militaire anglais, M. John Roche, ancien médecin de l'armée des Indes, publiait récemment le récit d'une des épidémies cholériques dont il a été le témoin durant son séjour dans ces contrées. Un tel témoignage a toujours sa valeur, ne fût-ce qu'à titre de document et quelle que soit l'opinion acquise sur la nature et l'origine du choléra. Tel est le motif qui nous engage à résumer quelques passages de ce mémoire (1).

Ce fut en août 1869, non loin d'Hydérabad, parmi les ouvriers occupés à des terrassements, qu'on signala l'apparition du choléra dans les environs de cette ville. Les premiers malades étaient arrivés tout dernièrement de Thurr et de Parkur, localités du sud-ouest du Scinde. Le 3 septembre, un premier cas se déclarait à Kotrée, dans un village distant de trois milles au nord sur la rive droite de l'Indus. Dès la première visite, le médecin constatait que le cholérique qui avait travaillé sur le chantier du canal, à Hydérabad, au moment où la maladie y sévissait déjà, en était revenu avec de la diarrhée. Le surlendemain, la femme qui soignait cet individu et qui habitait la hutte voisine était atteinte à son tour, et peu de jours après, un enfant demeurant avec elle tombait aussi malade.

L'isolement de ce village fut sévèrement pratiqué. Néanmoins, le 12 septembre, on constatait un autre cas de choléra à Kotrée, ville dont la population s'élève à 20,000 indigènes et 400 Européens. La femme d'un policeman venait d'être atteinte, à son retour d'Hydérabad, où, les jours précédents, elle avait rendu visite à des amis. On a donc pu suivre la marche de la maladie et constater la contagiosité dès le début de l'épidémie. Il en fut de même pour tous les autres cas. Cette maladie était donc incontestablement le choléra épidémique.

(1) John Roche: Notes and Reminiscences of a cholera epidemie at Kotree and Hyderabad-Scinde, India (*The Lancet;* 28 juillet 1883).

Mort de M. le professeur Parrot.

Les morts se succèdent avec rapidité, et la médecine infantile est vivement éprouvée. Il y a quelques jours, nous signalions douloureusement la mort de M. Archambault. Aujourd'hui, nous enregistrons celle de M. le professeur Parrot, qui a succombé dimanche matin, après deux mois d'une cruelle maladie.

C'est en 1849 que M. Parrot a pris sa première inscription; en 1852, il était nommé interne des hôpitaux, et en 1857, recevait le diplôme doctoral. A la suite du concours de 1860, il devenait agrégé, et en 1862, médecin du bureau central.

Appelé en 1876 à la chaire d'histoire de la médecine, il permutait l'année suivante et devenait titulaire de la clinique des maladies des enfants. Depuis 1881, il était médecin en chef de la Maison d'éducation de la Légion-d'honneur. Sa carrière a donc été aussi brillante que bien remplie et sa mort est une perte cruelle pour la Faculté et le corps médical des hôpitaux.

Les obsèques de M. Parrot, conformément à ses dernières volontés, doivent avoir lieu à Excideuil (Dordogne). — C. E.

FORMULAIRE

MIXTURE CONTRE LA DYSPEPSIE FLATULENTE. — Farquharson.

Bi-carbonate de soude pulv.	8 grammes.
Sucre pulv.	8 —
Esprit d'ammoniaque aromatique. .	40 gouttes.
Hydrolat de menthe poivrée. . . .	240 grammes.

F. s. a. une solution, dont on donnera une cuillerée à soupe après le repas, contre la dyspepsie flatulente. Choisir des aliments de digestion facile. — N. G.

COURRIER

DÉCRET RELATIF A LA RÉORGANISATION DES ÉCOLES PRÉPARATOIRES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. — Aux termes de ce décret présidentiel, inséré le 5 août au *Journal officiel*, les professeurs titulaires de ces écoles sont au nombre de douze, assistés de six suppléants. Les suppléants sont nommés au concours pour une durée de neuf ans; toutefois les suppléants des chaires de physique, de chimie et d'histoire naturelle peuvent être nommés sans concours.

MODIFICATIONS DES CONDITIONS REQUISES POUR L'OBTENTION DU TITRE D'OFFICIER DE SANTÉ. — Le même décret modifie les conditions de scolarité pour l'obtention du titre d'officier de santé. La durée des études sera de quatre ans, durant lesquelles le candidat prendra seize inscriptions trimestrielles. Les travaux pratiques sont obligatoires. Les deux examens définitifs comprennent l'anatomie, la physiologie, la pathologie, la thérapeutique et des épreuves pratiques de médecine opératoire et de dissection.

Ce décret est applicable, à dater du 1er novembre 1883, aux étudiants, qui, à cette époque, prendront leur première inscription.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Pendant les vacances scolaires qui ont commencé le dimanche 5 août 1883, le service de la bibliotèque est réglé de la manière suivante :

1° Du lundi 6 août au mercredi 15 du même mois, fermeture pour nettoyage général et rangement des livres.

2° Du jeudi 16 août au dimanche 14 octobre, les séances de lecture auront lieu le mardi, le jeudi et le samedi de chaque semaine de midi à quatre heures. Il n'y aura pas de séance le soir.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Séance du vendredi 10 août 1883.

Ordre du jour. — M. Grancher : Sur la spléno-pneumonie. — M. Tapret : Note sur un cas de pleurésie avec phthisie pulmonaire aiguë. — M. Rathery : Observation de purpura hémorrhagique. — Variole intercurrente.

M. le docteur Charles Monod, agrégé, chirurgien d'hôpital, suppléant M. Le Professeur Trélat durant les vacances, commencera ses conférences cliniques à l'hôpital Necker le jeudi 16 août à 10 heures.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

BULLETIN

Si l'Académie était en nombre à cette époque de l'année, peut-être aurait-elle poursuivi la question du choléra, pour dire son avis sur un singulier document qui nous est venu, ces jours derniers, d'outre-Manche.

Le *Journal officiel* a enregistré sans mot dire ce factum, dans lequel le gouvernement britannique juge les problèmes les plus ardus de la médecine et de l'hygiène publique avec une hardiesse qui rappelle et dépasse la désinvolture de quelques-uns de nos administrateurs dans des situations analogues. Il est vrai que le gouvernement de la Reine s'appuie sur l'apparente unanimité de son corps médical, tandis qu'en France nous mettons en général moins d'empressement à concevoir les opinions qu'on nous demande et à formuler des conclusions agréables.

Que nos confrères anglais nous pardonnent cette critique un peu vive. Mais, en vérité, il ne s'agit pas là d'une de ces divergences doctrinales comme il s'en produit tous les jours entre les savants. On conviendra qu'il est bien étonnant de voir tous les médecins d'Angleterre professer justement la doctrine qui gêne le moins les intérêts de leur commerce national, quand cette doctrine est rejetée par presque tous les médecins des autres pays. A moins d'admettre que l'Europe entière attendait le choléra pour essayer de ruiner, sous ce vain prétexte, les marchands de la Grande-Bretagne, on est conduit à penser que le patriotisme de nos voisins, malgré eux sans doute, a faussé pour un instant leur jugement médical si droit.

Mais ce n'est pas des médecins qu'il s'agit; c'est d'une circulaire du *Foreign Office*. On pourrait la taxer de mauvaise plaisanterie, si la comédie politique ne nous avait depuis longtemps habitués à de semblables scènes. Elle se plaint du « ton adopté par un grand nombre de journaux du conti-

FEUILLETON

N. J. PIROGOFF.

Pour un trop grand nombre de médecins, la notoriété de Pirogoff est strictement celle du procédé d'amputation qui porte son nom, et tout le bagage scientifique légué par une mort récente tient dans un chapitre de médecine opératoire, erreur chirurgicale reléguée dès à présent dans l'histoire de l'art.

Les vrais titres du chirurgien russe sont ailleurs, solides et nombreux; conquis dans l'enseignement, par ses publications, à l'amphithéâtre et sur les champs de bataille, dans l'expérience des guerres lointaines et des longs sièges, il nous a paru faire œuvre d'intérêt autant que de justice en les recueillant ici. Pirogoff n'a pas l'envergure d'un Larrey ou d'un Percy; en tenant compte de la diminution décroissante des temps, c'est encore une des grandes figures de la chirurgie militaire contemporaine que nous voulons évoquer.

Né à Moscou, le 10 novembre 1810, Nikolaus Iwanowitch Pirogoff, fils d'un haut fonctionnaire de l'administration russe, était inscrit à la Faculté de médecine de l'Université de cette ville à l'âge invraisemblable de 14 ans. A cette époque, et c'est un tribut dont la Russie ne s'est encore qu'incomplètement exonérée, il n'appartenait qu'aux Universités allemandes de donner la suprême investiture médicale, et, après trois ans d'études à Moscou, le jeune étudiant partait pour Dorpat où il passait, à 22 ans, sa thèse, dont le

nent »; mais elle n'est pas de nature à faire baisser ce ton; bien plus, on oublierait toute modération de langage, à voir l'assurance avec laquelle le gouvernement de Sa Majesté affirme que le choléra n'a jamais été importé « en Egypte ou même en Europe à bord d'un navire venant des Indes ». S'il en est ainsi, à quoi donc peut servir cette désinfection des ballots et des chiffons venant des lieux contaminés, à laquelle on se livre en ce moment dans les ports d'Angleterre?

Pour démontrer cette proposition fondamentale, le gouvernement de Sa Majesté nous avertit que nul plus que lui, maître des Indes, n'a étudié les causes et la marche du fléau, et que ses travaux assidus l'ont amené au résultat suivant : « Aucune théorie sur l'origine ou sur la propagation du choléra ne doit être acceptée comme vraie. » Conclusion naturelle : la prophylaxie, fondée sur des erreurs étiologiques, est fatalement illusoire.

Mais, quelles qu'aient été les divergences d'opinion des hommes scientifiques au sujet du « contagium » du choléra, il existe un accord parfait parmi tous ceux qui ont acquis une connaissance pratique de la question, soit dans les Indes, soit dans le Royaume-Uni, sur ce point, savoir que la théorie généralement admise, ainsi que l'emploi de la quarantaine, sont non seulement inutiles, mais encore réellement nuisibles.

L'habitude d'enfermer les personnes en bonne santé avec les malades, soit à bord des navires, soit dans des lazarets ou dans des villes, est de nature à augmenter, pour des raisons physiques et morales faciles à comprendre, le nombre des personnes atteintes, à accroître la violence du mal et à convertir la prison en foyer d'infection; tandis que, d'un autre côté, la croyance mal fondée dans la sécurité résultant de la quarantaine empêche l'adoption de mesures sanitaires que l'expérience a démontré être seules efficaces pour entraver la marche de l'épidémie.

Ainsi, l'ignorance absolue des Anglais sur le mode de propagation du choléra n'a d'égal que leur accord parfait sur l'efficacité des mesures qui ne les gênent pas.

S'il s'agissait ici de demander certaines réformes dans les règlements quarantenaires et l'amélioration du régime des lazarets, nous pourrions avouer que la perfection n'est pas encore atteinte, et faire des vœux pour que l'application des mesures sanitaires n'entraîne après elle ni vexations ni dangers. Mais telle n'est pas la pensée de la circulaire, car,

Muni de ces renseignements, le gouvernement de Sa Majesté oppose une objection

---

choix semble déjà donner la mesure de son esprit aventureux et primesautier: la *Ligature de l'aorte.* C'était quelques années seulement auparavant que A. Cooper avait eu le premier la hardiesse géniale de jeter une ligature sur l'aorte abdominale. On ne lui comptait encore qu'un seul imitateur (James, 1829). Le mémoire de Pirogoff, accueilli avec une grande faveur en Allemagne, fixa l'état d'une question qui passionna un instant les esprits, et c'est par une véritable lacune que son nom a été généralement omis en France, dans l'historique d'une opération où il a sa place à côté des Murray, des South et des Monteiro.

Il consacrait les deux années suivantes à un voyage de perfectionnement en Allemagne, et faisait un séjour prolongé à Berlin et à Gœttingue. Il était à peine rentré en Russie que, par un honneur dont il a fourni le premier exemple, le jeune chirurgien russe était rappelé à Dorpat pour y occuper la chaire de chirurgie en remplacement du professeur Moger qui, ayant apprécié ses puissantes facultés, avait lui-même désigné son successeur. C'est aux annales de la clinique de Dorpat que Pirogoff a confié les prémices de ses travaux, parmi lesquels on cite particulièrement une étude anatomique des troncs artériels, et l'Université allemande n'a jamais cessé, de ce chef, de revendiquer Pirogoff comme un des siens.

Pirogoff ne faisait cependant que se préparer pour un plus grand théâtre, et il était depuis six ans à Dorpat, quand il fut nommé professeur à l'Académie médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg. Il avait alors 30 ans.

Sa supériorité ne tarda pas à se révéler dans ce poste éminent; clinicien suivi, professeur écouté, chirurgien faisant école, il avait bientôt conquis parmi les étudiants une popularité qu'aucun de ses collègues ne pouvait songer à lui disputer. De là un premier

sérieuse et bien fondée à la théorie généralement admise et à la coutume des quarantaines. Mais il n'ignore pas qu'il existe chez différents gouvernements et divers peuples une forte croyance en l'efficacité des quarantaines, et il respecte également le droit qu'ont le gouvernement égyptien et les autres gouvernements d'adopter toutes les mesures raisonnables qu'ils jugeront nécessaires pour préserver leurs pays respectifs de toute infection possible.

Par conséquent, tout en ne croyant pas à l'efficacité des règlements en matière de quarantaine, et malgré les pertes et les inconvénients énormes que ces règlements occasionnent aux voyageurs et au commerce des Indes, et même malgré l'opinion que la quarantaine aura probablement pour effet plutôt de mettre en péril que de sauvegarder la santé des troupes de Sa Majesté en Egypte, le gouvernement de Sa Majesté s'est abstenu d'insister sur un adoucissement quelconque des règlements quarantenaires à Suez.

Ce tableau du Royaume-Uni sacrifiant ses pauvres soldats par déférence pour les préjugés de l'Europe, est d'un effet inattendu. Et voilà le peuple qu'on accusait d'égoïsme!

En dépit de cet oubli de soi-même, on sent bien que l'Angleterre, dans sa note communiquée par les chancelleries à toute la presse du continent, plaide l'abolition ou le relâchement des quarantaines. Elle a peur que, si le fléau débarque à Liverpool, un « accord parfait » de l'Europe ne tienne ses navires à distance, et qu'un blocus continental d'un nouveau genre ne vienne troubler les armateurs de la Cité. Infectée un jour par sa faute, elle veut se réserver le droit de nous faire partager l'infection. Ici, la générosité passe les bornes permises; nous repoussons cet abus du libre-échange, et nous préférons voir notre puissante amie garder pour elle une maladie qu'elle a si bien étudiée. — L.-G. R.

Note sur un cas de pseudo-paralysie syphilitique infantile terminé par la guérison.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 25 mai 1883,

Par M. Roques, médecin du Bureau central.

Dans la dernière séance, notre excellent collègue et président, M. Millard, nous a présenté une observation très intéressante de pseudo-paralysie

---

motif de suspicion et d'envie qui, sa rigidité regrettable de caractère, ses excitations même aidant, ne tarda pas à donner à l'opposition de ses confrères, les caractères d'une inqualifiable persécution.

L'administration russe fourmillait de ces abus qu'après quarante ans, on ne dit point éteints encore, entretenus par tous les degrés d'une hiérarchie invoquant l'excuse de la tradition; tradition avec laquelle Pirogoff déclara vouloir rompre, et il engagea la lutte avec cette âpreté, ce mépris de toute forme et de tout tempérament, qui a nui plus d'une fois au succès de sa cause.

Ses ennemis des deux camps se réunirent pour l'attaquer.L'odieux le disputait à l'absurde dans les bruits mis en circulation sur son compte. On le représentait dur pour ses malades, intraitable à son entourage, et sujet à des boutades et à des emportements faisant douter de l'équilibre de son esprit, exploitant avec malignité les revers d'une main parfois malheureuse, on accusa sa hardiesse et son intempérance opératoires. L'ineptie de ces imputations ne les empêcha pas de trouver créance en haut lieu. L'assistant de Pirogoff reçut la mission confidentielle de surveiller les agissements de son chef de service et de protéger au besoin ses malades contre l'excentricité de sa chirurgie.

Au milieu du déchaînement de ces mesquines colères, Pirogoff poursuivait impassible le développement de sa pensée scientifique et l'élaboration de ses projets d'organisation. C'est à cette époque tourmentée qu'il créait dans l'Université de Saint-Pétersbourg un Institut indépendant pour l'anatomie normale et pathologique.

En 1847, il prenait part à une campagne au Causase, pendant les labeurs de laquelle employant, pour la première fois peut-être en chirurgie de guerre, l'éthérisation née à

syphilitique guérie. Il nous a fait suivre pas à pas les péripéties du diagnostic. Celui-ci, une fois bien établi, a conduit à un traitement rationnel qui a sauvé le petit malade.

Voici un fait à peu près semblable que je demande la permission de soumettre à la Société.

Au 31 octobre 1881, j'assistais une femme primipare, mariée depuis un an, qui accouchait normalement d'une petite fille à terme, bien portante et bien constituée. L'enfant prenait le sein sans difficulté et se nourrissait bien, lorsque vers le sixième jour de sa naissance, j'aperçus sur la paume des mains et entre les doigts, des taches rouges, arrondies, un peu saillantes.

Ces taches ne tardèrent pas à se montrer à la plante des pieds. Bientôt se développèrent à leur niveau, des vésicules bulleuses assez larges, arrondies, un peu louches ; piquées avec une épingle, elles laissaient suinter un liquide trouble, semi-purulent. Quelques bulles de même nature apparurent sur les cuisses et le tronc. J'étais en présence d'une éruption pemphigoïde qui, en raison de sa localisation, de ses caractères, de l'époque de son apparition, me parut devoir être rattachée à la syphilis héréditaire. J'ajoute que l'enfant jusque-là bien portante, commença à refuser le sein; pâlit et maigrit assez vite et fut atteinte de diarrhée; pendant plusieurs jours, l'insommie fut complète. Mon ancien et excellent maître le docteur Moissenet, que je fis appeler en consultation, partagea mon avis quant à la nature probable de l'éruption. Le père de l'enfant, interrogé avec soin et à plusieurs reprises, nia tout antécédent syphilitique. L'examen minutieux de la mère ne me révéla rien de suspect. Néanmoins, le traitement spécifique fut institué : chaque jour, une cuillerée à café de sirop de Gibert et un bain additionné d'une solution concentrée d'iodure de potassium. Les jours suivants, d'autres plaques rouges suivies de bulles apparurent encore aux pieds et aux jambes ; mais l'éruption resta toujours discrète. Nous pûmes également remarquer aux deux commissures labiales, des érosions linéaires semblables à des fissures très superficielles. Après huit ou dix jours de traitement, l'éruption parut rétrocéder; les bulles se desséchèrent et firent place à des croûtes jaunâtres qui ne tardèrent pas à tomber, laissant à leur place des taches rouges érythémateuses persistantes. Un mois après le début des accidents, l'enfant reprenait le sein, la nutrition reprit

---

peine en Amérique, il trouvait la liberté d'esprit nécessaire pour étudier sous toutes ses faces les problèmes soulevés par cette prodigieuse découverte. Dans son livre édité à l'Imprimerie française de Saint-Pétersbourg : *Recherches pratiques et physiologiques sur l'éthérisation*, 1847, Pirogoff rendait compte des essais d'injection d'éther dans le rectum, soit pur, soit mêlé à l'eau, soit à l'état de vapeur. Il avait cru constater que sous cette dernière forme l'anesthésie était obtenue plus sûrement et plus vite, et avait adopté dans sa pratique la méthode des injections rectales à l'aide d'un appareil de son invention.

Son *Rapport médical d'un voyage au Caucase*, 1849, contenait des recherches expérimentales sur les blessures par armes à feu, une statistique sur les amputations, et revenait sur cette question de l'éthérisation.

C'est de cette période, la plus féconde de son existence, que date également un travail sur l'*Anatomie pathologique du choléra morbus,* 1849.

En 1853, Schultze, un des assistants de Pirogoff, fit connaître au Congrès des naturalistes allemands, tenu à Heidelberg, le procédé d'amputation du pied récemment inauguré par son maître. Celui-ci y revint avec plus de détails dans un mémoire publié à Leipzig, en 1854, dans le *Klinische Chirurgie*, sous ce titre : *De l'allongement ostéoplastique de l'extrémité inférieure du membre pelvien dans la désarticulation du pied ;* et il publiait trois observations suivies d'un plein succès. Cet important travail fut presque aussitôt présenté en France, par Hergott et Maber, de Strasbourg. Sédillot y revint en 1855 dans un article de la *Gazette hebdomadaire*. Mais l'amputation de Pirogoff, excellente démonstration d'amphithéâtre, ne conquit jamais en France la vogue qu'elle eut un instant dans les cliniques d'Angleterre et surtout d'Allemagne, où elle ne s'est cependant

sa marche normale; on pouvait considérer la guérison comme assurée. Je continuai néanmoins l'usage du sirop de Gibert, pendant deux semaines, à la dose d'une cuillerée à café, tous les deux jours.

J'ajoute que la nourrice n'a pas été contaminée, et la raison en est que l'enfant n'a pas pris le sein, tant que les érosions des commissures labiales n'ont pas été entièrement guéries.

Pendant ce temps, la nourrice, à l'aide d'un appareil spécial, retirait chaque jour de ses seins une certaine quantité de lait qu'on faisait prendre à l'enfant, à la cuillerée; on y ajoutait une faible quantité de lait de vache.

L'enfant était donc considérée comme guérie et la guérison se maintenait depuis deux mois environ, lorsque je fus appelé en toute hâte pour voir la même petite fille qui, disait-on, ne pouvait pas mouvoir le bras gauche. On soupçonnait un traumatisme provoqué par l'imprudence de la nourrice. Le moignon de l'épaule me parut tuméfié et très douloureux à la pression; le moindre mouvement du bras provoquait des cris. Je crus aussi, je l'avoue, à un traumatisme et me bornai à prescrire l'immobilité; après avoir appliqué un bandage en huit de chiffre autour de l'épaule. Quatre jours après, des phénomènes identiques se montrèrent à l'épaule droite. Un examen plus complet et plus approfondi, malgré la douleur, me fit reconnaître des deux côtés, au-dessous de l'apophyse acromiale, une crépitation molle, sourde, que je pus percevoir à deux ou trois reprises. Dès ce moment, je ne doutai pas que cette double lésion ne fût spontanée et complètement indépendante du traumatisme; je soupçonnai même des rapports d'origine entre ces lésions et l'éruption antérieure que j'avais eu à traiter. Notre collègue des hôpitaux, le docteur Marchand, que je fis appeler en consultation, reconnut comme moi la crépitation des deux côtés et diagnostiqua un décollement de l'épiphyse de l'extrémité supérieure de l'humérus. Il était bien évident pour nous que cette lésion s'était produite d'une manière spontanée. Comme nous n'avions vu ni l'un ni l'autre des faits de ce genre, il ne nous était pas facile d'attribuer ces désordres à leur véritable cause, bien que l'enfant eût présenté des manifestations syphilitiques non douteuses. Deux jours après, ayant relu et médité les travaux de M. le professeur Parrot sur les lésions osseuses de la syphilis infantile, je n'hésitai plus; j'avais sous les yeux un cas de pseudo-

---

pas définitivement maintenue. Nous n'avons pas qualité pour apprécier si les modifications proposées par Sédillot d'abord, puis par Léon Le Fort sont capables de sauver de l'oubli un procédé que les statistiques, celle de Chauvel en particulier, jugent sévèrement. D'après Rochard, et au témoignage de Harronitz, chirurgien en chef de la marine russe, Pirogoff y aurait renoncé lui-même à la fin de sa carrière.

Mais cette assertion se concilie mal avec les efforts que déployait naguère le chirurgien russe dans le dernier ouvrage sorti de sa plume pour la défense d'une thèse restée chère. En Roumanie et en Bulgarie (1879), 38 amputations du pied par son procédé ont été opérées dans les hôpitaux de première ligne; la seule ambulance n° 63 en a pratiqué 8. La mortalité signalée, de 36.8 p. 100 sur ces opérations, s'est tenue, en réalité, d'après lui, bien au-dessous de ce chiffre, et il combat à nouveau la statistique de Billeroth qui, dans ses lettres chirurgicales, accusait un chiffre obituaire de 75 p. 100.

Au cours de cette discussion, Pirogoff, qu'on devait croire mieux informé, aventure encore qu'en Crimée, les Anglais et les Français n'ont pas fait une seule opération de cette nature; il eût pu, en réalité, puiser dans la satisfaction de son amour-propre de chirurgien, une atténuation aux épreuves communes qu'il ressentit avec tant d'amertume, car il est constant que dans les ambulances alliées, chez les Anglais en particulier, il avait fait école.

Ce champ de bataille de la Crimée était le véritable terrain où il pouvait donner la vraie mesure de ses facultés administratives, de son esprit d'organisation et de ses aptitudes chirurgicales. Quoique appelé tardivement, réclamé surtout avec l'opinion, par le haut patronage de la grande duchesse Hélène-Pauline, il ne faillit point à sa tâche; et la patrie, dans sa reconnaissance, n'a pas séparé son nom de celui de Totleben.

paralysie syphilitique infantile et je me hâtai de prescrire le traitement suivant :

Chaque jour, une cuillerée à café de sirop de Gibert; deux attelles de carton ouaté sont appliquées sur chaque humérus, et les deux bras sont maintenus immobiles contre la poitrine à l'aide d'un bandage roulé. Pendant les premiers jours, l'état général s'était aggravé, le moindre mouvement provoquait des cris, l'insomnie était complète; l'enfant maigrissait et prenait à peine le sein.

Huit jours après, les mouvements provoqués du bras sont moins douloureux; l'enfant prend un peu de repos; la situation s'améliore. Enfin, un mois après le début du traitement, les mouvements spontanés du bras sont faciles et non douloureux, quoique limités ; la santé générale est bonne; l'appétit et le sommeil sont revenus.

Tous les deux ou trois jours, je fais donner encore une cuillerée à café de sirop de Gibert. Vers la sixième semaine, l'enfant était guérie. Dès ce moment, je suspendis le traitement spécifique, sauf à le reprendre au premier signal. Je n'ai pas été jusqu'ici dans cette obligation. L'enfant, qui a aujourd'hui 2 ans 1/2. jouit d'une bonne santé, elle a la taille et la force d'une enfant de son âge; la tête est cependant un peu volumineuse et l'intelligence est lente à se développer.

Après l'histoire de l'enfant, je dois placer celle du père. Il s'est marié assez tard, après avoir mené une vie de garçon très accidentée. Déjà, à l'époque de son mariage, on avait remarqué chez lui un notable changement du caractère. Autrefois fort intelligent, rangé, prudent, il était devenu morose, taciturne, et s'était lancé dans une affaire où il avait compromis une partie de sa fortune. Appelé à lui donner mes soins, je reconnus une paralysie générale des plus nettes, avec prédominance de l'ataxie des membres inférieurs. Malgré ses dénégations, je le soupçonnais fort d'avoir contracté la syphilis pendant sa vie de garçon, et je m'appuyais sur les diverses lésions spécifiques que j'avais observées chez l'enfant. Je prescrivis immédiatement le traitement suivant : Frictions mercurielles, iodure de potassium à la dose de 5, 6 et 8 grammes par jour. Ce traitement fut continué avec quelques courtes interruptions pendant plus de trois mois, sans provoquer ni salivation, ni iodisme. Il ne produisit aucun effet appréciable. La maladie continua sa marche graduelle coupée par des attaques apoplec-

---

Pirogoff supporta sept mois de siège, et après la chute de Sébastopol, tint sept autres mois la campagne. Secondé par un état-major choisi avec discernement et qui comptait des noms d'avenir comme Obermüller, Botkin, Kade, Rehberg, Bartsch, etc., il imprima immédiatement à l'organisation des services sanitaires une impulsion décisive. Il ne nous est pas permis de pénétrer dans les détails de son œuvre en Crimée; il en a fait l'objet d'une publication suffisamment connue: *Principes de chirurgie de guerre, d'après les enseignements de la guerre de Crimée, etc. — Leipzick, 1864* — dont le plan et la composition ont peut-être été un obstacle à son succès auprès des lecteurs étrangers, mais où l'abondance des faits, la justesse des appréciations et la sincérité de la rédaction constituent un ensemble vraiment magistral.

Désireux de tirer tout le parti possible des immenses matériaux à sa disposition, Pirogoff avait rêvé d'appliquer à la solution des différents problèmes chirurgicaux, entre autres à l'appréciation des résultats immédiats et lointains des grandes opérations, les procédés de la statistique moderne, idée qui devait être si fructueusement développée quelques années plus tard par Otis. Il déplore amèrement dans son introduction que sur les milliers de blessés de cette grande guerre, des informations précises n'aient pu être poursuivies que sur un nombre dérisoire d'opérés, dans le désordre des évacuations ; et qu'un si grand enseignement ait été perdu.

Pirogoff s'était retrouvé, en Crimée, en face des abus et des malversations, de ces mœurs administratives et de ce même personnel routinier qu'il avait déjà dû stigmatiser dans les hôpitaux de l'intérieur et dont les difficultés de contrôle et les embarras des circonstances avaient encouragé la licence. Il les combattit avec opiniâtreté et, armé de pouvoirs exceptionnels, il ne ménagea pas les exécutions. Mais il rencontra, dans l'ac-

tiformes suivies chacune d'une nouvelle déchéance des facultés intellectuelles. Enfin, l'une d'elles se termina par la mort, huit mois après le début du traitement.

Il est assurément difficile de rattacher à la syphilis les troubles cérébraux que notre malade a présentés et qui sont ceux de la paralysie générale à forme ataxique; ce dernier caractère a pourtant une valeur, car, on sait les relations qui lient la syphilis à l'ataxie locomotrice. Il est vrai que la médication spécifique n'a eu aucune action, mais elle n'a été mise en œuvre que un an au moins après le début des accidents. Dans son entourage, en effet, on remarquait le changement survenu dans le caractère de notre malade, son humeur bizarre, irascible; mais on ne voyait pas sa situation grave et on ne le faisait pas traiter.

En résumé, je ne peux rien affirmer, mais j'ai une grande tendance à supposer que les lésions nerveuses qui ont causé la mort du père, relèvent de la syphilis, et qu'elles viennent jeter un nouveau jour sur la nature des deux états morbides que j'avais observés antérieurement chez l'enfant.

Le Choléra au Conseil d'hygiène

RAPPORT DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ SUR LES MESURES PRÉVENTIVES EN CAS D'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE A PARIS.

L'élaboration du règlement sanitaire contre le choléra, au cas où cette épidémie se déclarerait à Paris, vient d'être terminée. Il est l'œuvre de M. Dujardin-Beaumetz ; c'est assez dire quels en sont les mérites et la haute valeur.

Pour la première fois, sans doute, l'administration, bien inspirée, doit confier à un service médical l'exécution et la surveillance de ces mesures sanitaires. Cette marque de confiance envers le corps médical est en grande partie acquise par l'intervention du savant médecin de l'hôpital Saint-Antoine. M. Dujardin-Beaumetz, au grand profit des malades, est donc naturellement désigné pour la direction de ce service. D'une part la science y gagnera beaucoup; d'autre part l'urbanité professionnelle bien connue de M. Beaumetz assurera certainement l'observation du règlement par les médecins traitants.

---

complissement de ce devoir, une opposition, et souleva des hostilités qui, ne désarmant point, le contraignaient, en 1857, à donner au ministre de la guerre sa démission de professeur de l'Académie médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg, et à demander sa retraite. Sa carrière professorale et militaire, perte considérable pour la science et la profession, se trouvait prématurément terminée.

Cependant l'empereur, qui l'estimait, le nommait par la suite curateur du Cercle universitaire d'Odessa et aux mêmes fonctions à Kiew, situation où sa franchise de caractère ne lui permettait guère de s'éterniser, et auxquelles il renonça spontanément au bout de peu de temps.

Sous le ministre d'Etat Golownin, il reçut la mission d'étudier la situation et le fonctionnement des Universités russes, en les comparant à celles de l'étranger; mais un changement de ministère intervint et il ne poursuivit pas son mandat.

Entre temps, Pirogoff, dont le vaste esprit embrassait tous les sujets et se complaisait aux plus hauts problèmes de l'ontologie, réunissait, à son déclin, et par une tendance assez commune aux vétérans de la profession, le fruit de ses études et de ses réflexions dans un ouvrage, *Die Lebensfrage,* qui eut dans le public russe un certain retentissement.

Pirogoff ne sortit de sa retraite qu'en 1870, pour visiter les champs de bataille de la guerre franco-prussienne, et en 1878 où il fut chargé par l'impératrice Marie-Alexandrine, présidente de la Société de secours aux blessés, d'aller porter aux ambulances de la Croix-Rouge, le secours de sa vieille expérience. Son livre de l'*Histoire médicale de la guerre turco-russe en 1877-1878,* d'abord publié en russe en 1879, a eu, en 1882, une édition allemande (traducteurs : Roth et Schmidt) qui l'a surtout vulgarisé.

Ce grand ouvrage, qu'on a appelé son testament médical, est d'un intérêt de lecture contre lequel il est peut-être bon d'être mis en garde pour éviter de s'associer, en maints endroits, aux exagérations d'un esprit aigri.

L'article 1er de l'ordonnance du préfet de police impose l'obligation de déclarer au commissaire de police du quartier ou de la circonscription l'invasion de tout cas de choléra. Celui-ci en donnera avis le plus rapidement possible à la préfecture de police. Aux gérants des garnis, à la famille et aux personnes qui soignent le malade incombent le devoir de faire cette déclaration. « Les médecins traitants sont invités à avertir « le propriétaire du garni ou la famille de tout cas de choléra qu'ils auraient cons- « taté. »

Qu'on nous permette ici une objection qui a sa valeur. Un certain nombre de commissariats de police sont dépourvus de communications directes téléphoniques ou télégraphiques avec la préfecture de police. Comment donc obtenir une transmission rapide des avertissements ?

D'après les articles 2 et 3, un médecin délégué par l'administration constatera la nature de la maladie déclarée et provoquera les mesures sanitaires prescrites par le règlement. A cet effet, les malades en garni seront transportés à l'hôpital, dans une maison de santé ou un appartement particulier convenablement isolé. Les chambres devront être évacuées tout de suite par les co-locataires.

Cet article fait donc supposer trois catégories de lieux d'évacuation : 1° les maisons de santé particulières; 2° la Maison municipale de santé; 3° les hôpitaux. Déjà une maison de santé a été trouvée dans le parc de Neuilly et présente les conditions d'isolement favorable. On espère encore en trouver d'autres ou recevoir à ce sujet des demandes de propriétaires, et une liste de ces maisons serait publiée et mise à la disposition des médecins et du public. Relativement à la Maison municipale de santé et aux hôpitaux, des mesures d'isolement spéciales doivent être prises par l'administration de l'Assistance publique. De plus, des baraquements spéciaux doivent être élevés sur la zone militaire. C'est donc de l'administration seule que dépend l'exécution rapide de ces mesures.

Aux termes de l'article 4, le délégué de l'administration aurait mission de faire procéder dans les appartements particuliers à l'exécution des mesures d'hygiène et d'isolement.

Le transport des cholériques (art. 5) devra se faire dans des voitures spéciales, mises gratuitement par la Préfecture de police à la disposition du public. Cette mesure est excellente, mais elle ne sera parfaite que le jour où le nombre des voitures sera plus considérable, leurs dépôts répartis sur divers points périphériques de la capitale et leur réquisition obtenue sans délais.

Pirogoff prétend que l'hospitalisation sur le champ de bataille n'a pas fait un pas depuis 1854; il n'a guère que des critiques à adresser à l'organisation des hôpitaux de guerre et des lazarets divisionnaires russes. « La guerre est une épidémie de traumatismes, dit-il, dans une formule heureuse; le problème de l'assistance médicale en temps de guerre se résout dans une question d'administration. »

Cette dernière proposition de Pirogoff se justifie par les conditions du théâtre de la guerre en Bulgarie et aux Balkans, où la misère des campagnes, l'éloignement des villes et la rareté des voies ferrées, imposaient, en effet, comme premier devoir, la nécessité d'une forte organisation des services d'évacuation, d'approvisionnement, etc., qu'il n'a jamais songé, d'ailleurs, à enlever au seul corps compétent.

Mais peu de médecins ayant l'expérience des champs de bataille appuieront Pirogoff dont les hautes fonctions auxiliaires nous semblent, en l'espèce, avoir faussé la sûreté ordinaire de jugement, lorsqu'il demande que la Croix-Rouge soit admise à servir en première ligne, sans même que des liens plus étroits l'aient rattachée au commandement.

Pirogoff a succombé à Saint-Pétersbourg, le 6 décembre 1881, au progrès d'une tumeur de la mâchoire supérieure dont le caractère de malignité n'avait pas tout d'abord été soupçonnée et que Billroth, mal fixé, en présence d'un malade déjà cachectique, porteur d'une cataracte double, n'avait pas jugée opérable.

Bien des critiques ont été adressées moins à l'œuvre qu'à la personne de Pirogoff. Ardent dans la poursuite de la vérité, marchant droit au but, exigeant pour les autres comme pour lui-même, ses défauts n'étaient que l'exagération de ses solides qualités. La générosité de ses aspirations et l'élévation de ses mobiles forcèrent l'estime de ses adversaires mêmes qui ont toujours salué en lui un *caractère*. Son œuvre est de ces hommes visés par Cabanis, « dont les travaux ont servi l'humanité, dont les noms sont la gloire de l'art, et dont l'exemple, offert à l'émulation de la jeunesse, peut encore servir à former d'âge en âge des hommes dignes de les remplacer. »

R. Longuet.

Aux termes des articles 6 et 7, les personnes qui ont soigné des cholériques ou qui sont en contact avec eux devront se soumettre aux mesures sanitaires qui leur seront prescrites. Les locaux, les appartements devront être désinfectés soit par les particuliers, soit d'office. Un délai de huit jours à partir du jour de la désinfection devra s'écouler avant qu'ils soient habités à nouveau.

Pour la désinfection des vêtements et du linge des malades, le Conseil d'hygiène repousse l'acide phénique et préfère l'emploi des solutions de sulfates de cuivre et de zinc et surtout de chlorure de zinc.

Pendant la maladie, le malade sera isolé, les tentures et les tapis seront enlevés et les déjections désinfectées avec une solution de 50 grammes de ces sels par litre d'eau.

Après l'évacuation de cette chambre, on devra allumer du feu dans la cheminée, y brûler les papiers ou linges ayant été souillés.

Au milieu de la chambre, encore pourvue des meubles et de la literie, on déposera, sur un lit de sable, une terrine contenant quelques charbons ardents et du soufre concassé dans la proportion de 20 grammes par mètre cube de capacité de la chambre. On devra maintenir les ouvertures hermétiquement closes pendant vingt-quatre heures, après lesquelles la chambre sera aérée ; elle ne devra être habitée qu'après une semaine.

Quelle sera la sanction de ces mesures? L'article 8 de l'ordonnance préfectorale prescrit de déférer toutes les contraventions aux tribunaux conformément à l'article 471 du Code pénal.

Ces mesures sont donc essentiellement pratiques, et, bien observées, elles ne manqueraient pas d'être efficaces. Elles ont donc été dictées par une expérience médicale et une sage prudence qui font honneur à leurs inspirateurs. — C. E.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

Egypte. — Le 5 août, on a constaté 111 décès cholériques au Caire, 39 à Ghizeh, 35 à Zagazig, 10 à Ismaïlia, 2 à Suez, 37 à Tantah, 22 à Rosette, 33 à Chirbine-el-Kom, 13 à Benha. Dans les provinces, on comptait : 109 décès dans le Garbieh, 61 dans le Galoubieh, 44 dans le Dahalieth, 173 dans le Menaloufieh, 22 à Behera et 89 dans le Charkieh. Dans la Haute-Egypte, les décès ont été de 40 à Girzeh, de 23 à Monieh et de 84 à Bénisouet.

L'armée anglaise a perdu 3 soldats du 60e rifles, cantonné à Suez; 3 autres à Helouan et 3 au camp d'El-Wordon. Enfin, on constate une grande diminution de la mortalité à Damiette, Samanoud et Mansourah, villes dont la population s'est en grande partie dispersée.

Le 6 août, il y a eu 468 décès cholériques; 383 dans les villes de l'intérieur, 78 seulement au Caire et 9 à Alexandrie. La destruction des vieilles maisons du Caire par le feu a certainement produit cette amélioration dans la santé publique et constitué le seul moyen rapidement efficace d'assainissement.

Asie-Mineure. — Une dépêche officielle de Constantinople signale 2 décès cholériques survenus le 5 août à Beyrouth. — C. E.

BIBLIOTHÈQUE

Traité des fièvres bilieuses et typhiques des pays chauds, par M. le docteur A. Corre.— Paris 1883, O. Doin.

Ecrire un traité des fièvres est une œuvre difficile, écrire un traité des fièvres des pays chauds exige des qualités plus grandes encore de la part d'un auteur. Il lui faut faire appel à l'observation, se tenir à l'écart des interprétations systématiques, posséder l'expérience de la médecine des contrées tropicales, pour se retrouver au milieu des obscurités, des contradictions et des singularités de la pathologie exotique. M. Corre a su le faire et donner à son livre une empreinte originale. C'est donc justice de l'en féliciter.

L'étude des fièvres en général est l'objet du premier chapitre. Les découvertes dont nous sommes redevables aux savants observateurs contemporains donnent aux microbes une importance et un rôle majeur dans la pathologie et l'évolution de ces maladies. Comment, en effet, ne pas tenir compte en nosologie des agents infectieux de la fièvre typhoïde : cercomonas de Davaine; bactéries de Tigri, Coze et Feltz ; bacilli de Klebs et

d'Eberth; champignons divers, crenothrix polyspora de Klein? N'a-t-on pas rencontré des bactéridiens dans le typhus pétéchial, un spirillum dans le typhus récurrent, des bactéries, des spores de champignons, des palmellées et des oscillariées dans la fièvre jaune? Certes, quand même on n'admettrait pas le rôle pathogénique exclusif de ces micro-organismes dans ces pyrexies, il faut au moins discuter impartialement leur existence avant de la rejeter. M. Corre l'a fait en constatant le défaut de corrélation entre ces microbes dans les milieux extérieurs et l'évolution simultanée de ces affections épidémiques; en démontrant l'absence de ces parasites chez beaucoup de fiévreux; et, par contre, leur présence dans les humeurs de sujets sains; enfin, en discutant les résultats négatifs de l'inoculation du sang chargé d'agents infectieux.

Remarquons d'ailleurs que la théorie chimique n'est pas moins attaquable; aussi malgré les admirables travaux de laboratoire de M. Pasteur et de ses élèves, la pathogénie de ces pyrexies est loin d'être incontestablement démontrée; c'est donc à la clinique plus qu'à l'histologie et à la microbiologie qu'il faut en demander une classification. Ici, encore, les difficultés sont grandes; aussi, dans cet ouvrage, l'auteur aborde la description de quelques-unes seulement de ces maladies : les fièvres typhiques et les fièvres bilieuses.

Les fièvres, d'après M. Corre, peuvent appartenir aux espèces suivantes : 1° fièvres banales; 2° fièvres paludéennes ou périodiques; 3° fièvres typhiques; 4° fièvres mixtes; 5° fièvres éruptives. Les fièvres banales ne sont ni spécifiques ni climatériques ; elles empruntent leur signalement clinique à l'état individuel du malade; telles sont la fièvre éphémère, la fièvre inflammatoire et la fièvre gastrique ou gastrique bilieuse commune. Trois de leurs types fondamentaux sont indispensables à connaître pour les médecins des contrées tropicales : la fièvre bilieuse banale, la fièvre bilieuse inflammatoire et la fièvre bilieuse malarienne. La première est continue, à rémission précoce et justiciable des antipyrétiques; la seconde correspond à une idiosyncrasie gastro-hépatique, et la troisième dépend de l'état malarique du milieu habité. Les circonstances individuelles ou les circumfusa impriment donc à chaque variété une physionomie particulière.

Les fièvres paludéennes sont franches ou modifiées, et alors leurs modifications résultent d'états généraux, « fièvres mixtes », ou de localisations donnant lieu à des manifestations cérébro-spinales, cardiaques, pulmonaires, gastro-intestinales, hépatiques, uropoiétiques, génitales ou cutanées; de là les formes délirante, convulsive, comateuse, syncopale, pneumonique, gastrique, dysentérique, cholérique, ictérique, néphrétique, cystalgique, épididymaire, métrorrhagique, vitrée ou diaphorétique. Enfin l'état local devient-il prédominant l'état général s'étant en quelque sorte effacé? On est en présence des fièvres larvées, névralgies, hyperémies, œdèmes variés, etc.

De ce groupe on doit encore rapprocher les fièvres typho-malariennes qui ont pour double origine, des conditions malariennes et des conditions typhiques et pour caractères des symptômes de l'une et de l'autre nature. Le type en sera mixte et consistera, tantôt dans la variété typho-malarienne ou dupliquée (fièvre malarienne typhique et fièvre malarienne typhoïde); la typho-malarienne unifiée ou proprement dite (fièvres typhoïdiformes),et enfin, la typho-malarienne transformée (fièvres malariennes typhoïdes par transformation) dans laquelle la pyrexie paludique devient typhique par une auto-infection de l'organisme. C'est là assurément une forme hybride spéciale aux milieux urbains des climats paludéens.

Les pyrexies typhiques sont engendrées vraisemblablement par une altération des matières organiques animales sous des influences climatériques ou saisonnières. Leurs manifestations sont abdominales dans la dothiénentérie exanthématique, dans la fièvre pétéchiale, et ictériques dans la fièvre récurrente et le typhus amaril.

Les fièvres éruptives (variole, scarlatine, rougeole) et la dengue, ne pouvaient trouver place dans ce volume; elles n'y sont donc pas décrites. D'ailleurs, il faut en convenir, le sujet était déjà assez vaste, et il était inutile de l'agrandir encore d'autant plus que cet ensemble de pyrexies a toutes les apparences d'un chaos dans lequel il est souvent difficile de se reconnaître. Apporter un peu d'ordre dans ce chaos et un peu de lumière dans cette obscurité, tel a été le but de M. Corre. C'est ainsi que les trois types fondamentaux des pyrexies tropicales ; fièvre gastrique bilieuse, fièvre bilieuse inflammatoire, fièvre bilieuse malarienne, dépendent des conditions de température ou d'humidité et de l'intervention d'un autre élément climatérique, le poison paludéen. Mais ces conditions sont variables; de là le mélange des types « en rapport avec l'intervention proportionnée « des influences pathogéniques. C'est ainsi que la fièvre gastrique bilieuse et la fièvre « bilieuse malarienne revêtent le masque inflammatoire, chez des sujets vigoureux, non « encore acclimatés et que la fièvre inflammatoire la plus franche dégénère souvent en « fièvre malarienne. » — Enfin, elles prennent avec la même facilité la forme typhique

et cette modification est surtout manifeste pour la fièvre bilieuse malarienne, dans laquelle l'organisme est plus profondément atteint. Comment, après la constatation de ce fait clinique, ne pas rapprocher du typhus les fièvres bilieuses à tendance typhoïde et ne pas supposer avec l'auteur, une analogie de composition moléculaire des agents typhiques, formés sur place ou venus du milieu extérieur, quand il existe une telle ressemblance dans les manifestations symptomatiques ?

La pathogénie a donc une large place dans ce livre ; mais ce n'est pas aux dépens de la clinique et de la thérapeutique. Il sera donc le *vade mecum* indispensable des médecins aux colonies. Certes on peut ne pas partager toutes les conclusions de l'auteur, mais il n'est pas possible, après avoir lu cet ouvrage, de ne pas conclure que, livre de bonne foi, écrit avec indépendance, conscience et impartialité, il ne fasse honneur à la fois et à son savant auteur et au Corps si studieux et si distingué des médecins de la marine française. — Ch. Eloy.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 août 1883 — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret approuvant l'élection faite par l'Académie, de M. le docteur Lannelongue, dans la section de pathologie chirurgicale.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Lannelongue prend place parmi ses collègues.

—

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de candidature de M. le docteur Henri Huchard pour la place déclarée vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

2° Un rapport de M. le docteur Cavaillon sur les épidémies de l'arrondissement de Carpentras pendant l'année 1882.

3° Une note sur le choléra, par M. le docteur Beaufils (de Rennes).

—

M. le Président annonce la mort de M. Parrot, membre titulaire, et exprime, au nom de l'Académie, les regrets que lui cause la mort prématurée de ce médecin distingué, qui avait su se faire par sa science et ses travaux une place si importante dans l'enseignement et la pratique de la médecine infantile. (Nombreuses marques d'approbation.)

—

M. Dujardin-Beaumetz présente, au nom de M. le docteur Martineau, un travail sur la *Syphilis du singe.*

M. Raoul Guérin, pharmacien, lit un travail sur l'empoisonnement par la poudre de graines de gesse.

M. le docteur Aubert, chirurgien en chef de l'Antiquaille, lit un travail intitulé : *La chaleur et le chancre simple.*

L'auteur conclut de ses recherches expérimentales et cliniques que nous possédons dans l'emploi de la chaleur un excellent moyen d'annihiler le virus chancreux, et par conséquent de traiter le chancre simple. Il faut combiner à la fois l'élévation de la température centrale et le chauffage extérieur, et imiter ce qui se passe dans l'érysipèle, où il y a à la fois fièvre générale et locale.

L'auteur conseille l'emploi du bain de siège chaud, ou mieux encore, du demi-bain entre 40 et 42 degrés; il peut être supporté des heures entières; il élève suffisamment la température centrale et augmente à la fois la chaleur périphérique des régions immergées. Il est bon de porter la chaleur centrale au voisinage et même au-dessus de 39°. On peut avec ce moyen détruire en un temps très court, et peut-être du jour au lendemain, la virulence des surfaces chancreuses. C'est là certainement le meilleur traitement du phagédénisme et de ces interminables chancres sous-phimosiques que les pansements ne peuvent atteindre. C'est le moyen de transformer avant l'ouverture tout bubon chancreux en un bubon simple qui, traité par la ponction unique et très étroite, guérit sans laisser de trace. (Com. MM. Ricord, E. Besnier et Alf. Fournier.)

M. Léon Colin (du Val-de-Grâce) lit, au nom de la Commission des épidémies, le rapport général officiel sur le service des épidémies pour l'année 1881.

Ce travail est accueilli par les applaudissements de l'Académie.

M. Larrey dit qu'il y aurait lieu, à l'occasion de ce remarquable rapport, de rappeler à M. le ministre la nécessité de l'organisation d'une direction centrale de la santé publique, déjà demandée par l'Académie.

— A quatre heures trente, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre et discuter les conclusions du rapport de M. Léon Colin.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 27 juillet au 2 août 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 950. — Fièvre typhoïde, 30. — Variole, 8. — Rougeole, 22. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 23. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 48. — Phthisie pulmonaire, 169. — Autres tuberculoses, 7. — Autres affections générales, 57. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 45. — Bronchites aiguës, 17. — Pneumonie, 43. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 64; au sein et mixte, 44; — inconnues, 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 78; circulatoire, 58; respiratoire, 80; digestif, 52; génito-urinaire, 24; de la peau et du tissu lamineux, 8; des os, articulat. et muscles, 7. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 4.

Résumé de la 31e semaine. — Il a été notifié au service de la statistique municipale, pendant la période du 27 juillet au 2 août inclus 950 décès. Ce chiffre est le plus faible qui ait été enregistré cette année: il est notablement inférieur à la moyenne des décès des quatre périodes précédentes, 1,012,

Les maladies épidémiques ne donnent pas lieu, cette semaine encore, à aucune observation importante. La Fièvre typhoïde, qui avait eu une recrudescence à la fin du mois de juin, est revenue à son taux de mortalité habituel: 30 décès. Cependant le chiffre des admissions dans les hôpitaux, du fait de cette maladie pour la période du 23 au 29 juillet, a été plus élevé que pour le précédent septenaire: 98 au lieu de 64. On remarquera que dans le seul quartier de *Clignancourt* se sont produits 6 décès typhiques.

A une diminution du nombre des décès par Variole (8 au lieu de 12) correspond également une diminution dans le nombre des admissions dans les établissements de l'Assistance publique: 23 au lieu de 29.

La Rougeole a fait 22 victimes, 6 de plus que pendant la semaine écoulée. Mais ce chiffre est encore inférieur à celui des quatre semaines précédentes.

La Coqueluche a causé 13 décès, et le Croup 23. Ces chiffres ne diffèrent pas sensiblement de ceux qui sont relevés chaque semaine. On doit cependant signaler 4 décès dus à la Diphtérie survenus dans le quartier de *Grenelle*.

Les autres maladies qui ont fourni le plus fort contingent à la mortalité sont: la Phthisie pulmonaire, 169 décès (ce nombre peut être considéré comme normal à l'époque de l'année où nous sommes); la Pneumonie, qui a causé 43 décès (au lieu de 64, 43, 59).

L'Athrepsie a fait aussi un moindre nombre de victimes que pendant les périodes précédentes (114 au lieu de 131, 178, 129). Ce sont, comme de coutume, les enfants nourris au biberon qui ont payé le plus fort tribut à cette maladie.

Le service de statistique a reçu notification de 344 mariages célébrés du 27 juillet au 2 août. Mais ce chiffre est incomplet, une mairie, celle du 10e arrondissement, n'ayant pas envoyé ses notices en temps utile.

Enfin, il a été constaté, pendant la même période, 1,160 naissances vivantes, dont 855 d'enfants légitimes. L'excès des naissances féminines sur les naissances masculines, que nous signalions dans notre précédent Bulletin, s'est encore maintenu cette semaine. Il est né, en effet, 627 filles et 533 garçons.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

GYNÉCOLOGIE

MÉMOIRE

sur le

TRAITEMENT DE L'ENGORGEMENT DU COL UTÉRIN PAR LES CAUTÉRISATIONS AVEC LE CAUSTIQUE FILHOS (1),

(CAUSTIQUE DE VIENNE SOLIDIFIÉ)

Par le docteur G. RICHELOT père,
Médecin inspecteur de l'établissement thermal du Mont-Dore.

II. — SYMPTÔMES.

Il serait tout à fait en dehors de mon plan d'écrire la symptomatologie de l'engorgement du col de la matrice. Je me bornerai à relever quelques phénomènes morbides qui m'ont plus particulièrement intéressé dans les observations que je viens de publier, et qu'il me semble utile de remettre sous les yeux des praticiens, parce qu'ils sont de nature à éclairer et à faciliter le diagnostic.

L'engorgement du col de la matrice, envisagé d'une manière générale, produit deux catégories de phénomènes morbides, des phénomènes directs et des phénomènes réflexes.

SYMPTÔMES DIRECTS OU LOCAUX.

Les symptômes directs sont principalement des douleurs sur lesquelles il n'y a pas lieu d'insister. Je citerai toutefois en particulier la malade de

(1) Suite. — Voir le numéro du 26 juillet.

FEUILLETON

CAUSERIES

Prix fondé par la corporation des épiciers de Londres. — Une nouvelle forme de charlatanisme, suivie d'un exemple de la forme ancienne dudit.

Epicier! que d'ironie moqueuse dans ce terme! Pour ceux qui, oubliant qu'il n'y a pas de sot métier, estiment les gens d'après leur profession et non d'après la manière dont ils l'exercent et les qualités qu'ils ont d'ailleurs, l'épicier est classé à plusieurs degrés de l'échelle sociale au-dessous du simple bourgeois. Epicier, c'est comme si l'on disait : individu dépourvu de tout esprit, individu prosaïque, individu terre-à-terre, individu matériel, égoïste, capable de piler des cailloux pour en faire du poivre ; tout cela est renfermé dans le terme méprisant d'épicier. Quant à un atome d'esprit scientifique, il ne faudrait pas en chercher dans les tiroirs cérébraux de cette honorable profession.

Eh bien, il paraît qu'il faudra désormais entendre autrement ce mot, sinon en France, du moins en Angleterre. En effet, la corporation des épiciers de Londres, prise tout à coup d'un fol enthousiasme pour les recherches de M. Pasteur, vient de consacrer une somme de 25,000 francs à fonder un prix qui sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire sur l'étude des maladies causées par les microbes et leur traitement par l'inoculation des virus atténués. Ce fait, tout à l'honneur de la corporation des épiciers de Londres, me paraît de nature à faire envisager la profession épicière sous un jour tout nouveau et beaucoup plus favorable qu'on ne le croyait généralement.

l'obs. VII, chez qui, dans le cours de sa maladie, il s'est manifesté des élancements qu'elle a comparés à des coups de couteau, et auxquels elle assignait sa matrice pour siège. Il est à remarquer qu'une application de sangsues qui a été faite dans l'intention de les faire cesser, les a au contraire rendus plus intenses. La malade de l'obs. V, dès la première tentative pour se lever après son accouchement, a été prise d'une douleur de ventre qui l'a empêchée de se tenir debout, et qui, se localisant dans le pli de l'aine gauche, a rendu la marche impossible. La malade de l'obs. IV a éprouvé des souffrances non moins caractéristiques. Par les progrès de sa maladie, il s'est produit des douleurs aiguës dans le gras des fesses, où elle percevait, a-t-elle dit, des *battements inflammatoires*, et il lui était impossible de rester debout, car aussitôt elle ressentait dans le bassin une pesanteur qui devenait promptement douloureuse. Chez la malade de l'obs. VIII, une douleur dont il est facile de se rendre compte avait son siège dans le pli de la fesse droite et, par la pression, irradiait dans le côté correspondant du ventre et jusque dans la cuisse. Cette douleur gênait singulièrement la jeune mère de famille. Un symptôme assez curieux, dont on saisit tout de suite le mécanisme, est le retentissement douloureux des efforts de chant sur l'anus, chez la malade de l'obs. I.

L'état inflammatoire du col utérin peut se propager à tout le vagin, sans violences extérieures, ainsi qu'on l'a vu dans l'obs. XVI, où le toucher n'a pu être pratiqué à cause de la douleur aiguë qu'il provoquait.

SYMPTÔMES RÉFLEXES OU GÉNÉRAUX.

Les symptômes locaux ont une grande importance, cela va sans dire. Mais les phénomènes réflexes ont peut-être, à un certain point de vue, plus d'intérêt pour le praticien, parce que très souvent, pour la malade et pour son entourage, ils existent seuls avant toute manifestation directe, et qu'alors le médecin ne peut s'appuyer que sur eux pour affirmer la nécessité d'une exploration et d'un traitement approprié.

Ces phénomènes morbides sont nombreux, très divers, quelquefois étranges. Ils peuvent porter sur tous les organes et sur toutes les fonctions. Ils constituent ce qu'on appelle les symptômes généraux de la maladie qui nous occupe. L'action nerveuse en est l'élément à peu près exclusif. Je me

---

Par contre, quand je pense qu'il s'est trouvé dans notre Corps législatif x députés (je n'en veux pas dire le nombre, par respect pour eux) pour refuser à M. Pasteur la pension de 25,000 francs que le gouvernement proposait de lui décerner à titre de récompense nationale, j'en rougis d'abord pour ces messieurs, et j'en arrive à croire que, pour eux, la profession de député est évidemment, au point de vue scientifique, inférieure à celle d'épicier. Je sais bien que toutes les opinions sont libres, surtout en république, mais enfin il ne faudrait cependant pas avoir autant que cela l'air de croire que M. Pasteur est exclusivement l'homme des petites bêtes, et que ses découvertes n'ont pas de portée plus longue que celle de l'histoire naturelle pure. Sans vouloir faire de leçon à personne, ni par conséquent énumérer ici les immenses résultats médicaux des inoculations pastoriennes, je me permettrai de rappeler aux détracteurs de M. Pasteur, ou plutôt aux réfractaires à ses idées, le mot de Huxley, un des plus illustres savants anglais (encore un Anglais qui n'était pas trop *épicier*) : « Les découvertes de M. Pasteur suffiraient à elles seules pour couvrir la rançon de guerre de 5 milliards payée par la France à l'Allemagne en 1870. » Et notez que ces paroles étaient prononcées en 1871, alors que le pansement de Lister était presque un inconnu en France, et que la découverte de l'atténuation des virus et de leur rôle prophylactique était encore dans les limbes. Les 5 milliards de 1871 ont fait bien des petits depuis douze ans!

Mais on me souffle à l'oreille que, si les épiciers ont consacré 25,000 francs à quelque chose, c'est que ce quelque chose, qui, à nous, ne paraît avoir qu'un but scientifique, doit être susceptible de rapporter aux Anglais au moins 100 pour 100. J'ai beau faire la sourde oreille, car je n'aime pas les désillusions, il n'en est pas moins vrai que les commerçants anglais, dont on ne peut guère excepter les épiciers, puisqu'ils tirent leurs

rappelle toujours une jeune femme qui a été amenée dans mon cabinet par son mari, il y a un certain nombre d'années. Elle était atteinte, depuis quelque temps, d'une mélancolie lypémaniaque, qui faisait craindre à sa famille qu'elle ne fût atteinte d'aliénation mentale. Sa visite à ma consultation n'avait pas d'autre motif. Elle habitait Versailles, et tous les jours dans l'après-midi, elle s'en allait seule dans les rues les plus éloignées et les plus désertes, et s'y promenait tristement. Lorsqu'après les questions qui m'avaient fixé sur son état véritable, je lui déclarai qu'elle avait une maladie de matrice, elle se révolta, se montra stupéfaite, blessée de ma demande d'exploration, nia la possibilité d'une pareille affection ; et, sans la présence de son mari, qui me comprit tout de suite, elle n'aurait jamais consenti à l'examen nécessaire. La maladie était évidente. C'était un engorgement du col avec érosion. Cette maladie, traitée convenablement, disparut et avec elle la mélancolie. Cette jeune femme était mère et de tempérament lymphatique très prononcé.

Consulté par une femme chez laquelle il peut soupçonner l'existence d'une affection utérine, le médecin doit prendre en grande considération les changements de caractère et la tristesse persistante et sans cause. Ces symptômes sont bien sous la dépendance de la maladie, car ils se dissipent à mesure que le traitement local produit ses effets salutaires visibles. Plusieurs des malades citées plus haut ont accusé une grande tristesse. La malade de l'obs. VII, naturellement très vive, était devenue apathique. Celle de l'obs. II me disait que sa maladie lui portait sur les nerfs ; tantôt elle était gaie, tantôt elle avait des idées noires. Celle de l'obs. VIII s'apercevait que son caractère changeait : elle devenait extrêmement irritable ; c'était, disait-elle, un état d'agacement continuel. Celle de l'obs. VI devenait de plus en plus nerveuse. Des envies fréquentes de pleurer donnaient lieu, surtout la nuit, à d'abondantes larmes qui la soulageaient.

L'affaiblissement général est un symptôme plus fréquent et plus caractéristique encore. Je citerai ici, comme exemple frappant, la jeune femme d'un artiste qui, pendant un grand nombre d'années, a été très recherché dans les salons de Paris. Elle était mère d'un enfant et, elle aussi, extrêmement lymphatique. Elle éprouvait une immense prostration ; il n'y avait pas d'autre symptôme. Comme rien ne venait expliquer cette perte des forces, ma pensée se porta vers l'utérus. En effet, il y avait un léger

---

matières premières de leurs colonies asiatiques, n'ont pas craint de passer outre quand il s'est agi d'imposer une quarantaine aux marchandises venant des Indes par Suez, ce qui a déjà causé et causera encore la mort de milliers d'Egyptiens. Nous voilà bien loin de l'heureuse impression causée par l'annonce du prix de 25,000 francs fondé par la corporation des épiciers.

Je modère donc mon enthousiasme, et, suivant le conseil de la voix de tout à l'heure, qui devait être celle de la réflexion, je me hâterai moins de louer cette honorable corporation du sacrifice pécuniaire qu'elle a paru faire en faveur de la science, supposant comme bien d'autres qu'il y a là-dessous une arrière-pensée commerciale.

*
* *

Jusqu'ici la plupart des charlatans qui exploitaient la population parisienne n'avaient guère que des titres ou diplômes *in absentiâ* achetés aux universités plus ou moins fantaisistes de l'Allemagne et de l'Amérique. On commençait donc à en revenir, si j'ose m'exprimer de la sorte; ainsi, aussi un de nos confrères vient-il d'imaginer un truc qui, s'il faut en croire le *Gil Blas*, plus à même que nous d'être bien informé à cet égard, est infiniment supérieur aux précédents.

L'appréciation du spirituel journal sur le charlatanisme est au moins des plus justes.

« Ce grand et bon Paris, dit-il, a des naïvetés étranges. Il accueille avec une singulière facilité les plus éhontés charlatans, et il a pour eux toutes les indulgences. Les événements prouvent chaque jour qu'en s'affublant d'un titre de prince étranger, fût-il invraisemblable et extravagant, le premier venu a toutes les chances possibles de se

degré d'engorgement du col et une petite érosion. Il n'en fallait par davantage pour briser les forces de cette jeune femme. L'application du caustique Filhos fit disparaître l'engorgement ainsi que l'érosion, et amena le prompt retour des forces.

Dans presques toutes mes observations, la perte des forces quelquefois à un haut degré, est signalée. La malade de l'obs. II se sentait molle et affaiblie. La malade de l'obs. XIII, dont l'affaiblissement était très prononcé, avait des faiblesses, comme des évanouissements. Dans l'obs. VI, les forces de la malade avaient diminué au point qu'il lui était impossible d'avancer une chaise, et que le moindre effort de ses bras était douloureux. Chez la malade de l'obs. VIII, ce qui dominait dans l'état général, c'était un sentiment de faiblesse et de malaise indéfinissable. Après une promenade, elle éprouvait une sensation pénible vers la base du sternum, et il lui semblait qu'elle allait se trouver mal.

Parmi les souffrances réflexes variées qui ont leur origine dans une affection utérine, celles qui ont leur siège dans l'estomac sont au nombre des plus fréquentes, sinon les plus fréquentes. On a pu remarquer à ce sujet la malade de l'obs. VI, qu'on a laissée souffrir pendant onze ans, d'une prétendue gastrite.

Comme exemple de souffrances anomales, il suffit de rappeler ici le cas de la jeune cantatrice de l'obs. XVI, dont les symptômes réflexes douloureux ont donné lieu à une si singulière erreur de diagnostic.

A suivre.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

Egypte. — Pendant la journée du 7 août, on a enregistré 746 décès cholériques, dont 90 au Caire, 187 dans la Haute-Egypte, 436 dans les provinces du Delta et 13 à Alexandrie. Dans ce dernier chiffre, il faut compter deux nouveaux décès parmi les troupes anglaises de cette ville.

La mortalité dans les provinces est toujours élevée, et les statistiques officielles ne donnent que des renseignements incomplets. Dans la Haute-Egypte le choléra sévit avec violence à Magaza, Bénisouef, Manceh, Medinet-el-Fayoum, Girgeh, Talka et Siout. A Assiout, capitale de cette région, on a constaté 64 victimes dans la journée du 6 août. Dans la province de Charkieh, la mortalité était encore quotidiennement de 147 décès à cette dernière date.

---

faire prendre au sérieux — au moins par les bonnes dupes qu'il exploite. Il en est de même — l'exemple du pyramidal Von Schmidt n'est pas si loin de nous ! — pour ces docteurs exotiques qui ont des remèdes assurés pour tous les maux, et qui, débarqués on ne sait d'où, s'installent un beau jour dans un somptueux appartement, et ont bientôt la plus dévouée clientèle du monde. Et ils font fortune aux dépens du véritable médecin !

Un mystérieux personnage s'était donc installé en plein faubourg Montmartre. On ne pénétrait chez lui qu'après des pourparlers infinis. Le nom qu'il portait était étrange, comme lui. A tous ses visiteurs, il recommandait le secret.... aussi son cabinet était-il assiégé du matin au soir.

Ses allures singulières finirent par attirer l'attention de la police, qui continue — quoique mollement — sa chasse aux aventuriers. Un commissaire se présente chez lui et a la curiosité de lui demander ses diplômes. Il s'attendait à le voir pâlir et trembler.

Le praticien suspect sourit, ouvre un tiroir de son bureau et montre des titres parfaitement authentiques.

— Maintenant que vous voici rassuré sur mon compte, monsieur le commissaire, dit-il seulement, eh bien, *ne me perdez pas !* Si mes malades savaient que je suis un médecin pour de vrai, un simple docteur de la Faculté de Paris, je n'aurais plus personne !

L'aventure est des plus vraies et s'est passée tout récemment. »

*
* *

Le 8 août, il y a eu 539 décès cholériques dans la Basse-Egypte, 77 au Caire et 15 à Alexandrie. Ces chiffres ne sont pas complets, les décès de beaucoup de villages de la Haute-Egypte et même du Delta, ceux des provinces de Girgeh et du Fayoum, où l'épidémie sévit avec violence, font défaut dans ces statistiques.

Le choléra sévit sur toute la ligne du cordon sanitaire qui environne Alexandrie et menace de plus en plus cette ville. C'est ainsi que les troupes anglaises cantonnées à Ras-el-Tin et Alexandrie sont très éprouvées. D'ailleurs, on a dû envoyer presque tous les régiments anglais dans l'isthme de Suez, car les décès cholériques sont toujours nombreux.

Depuis le début de l'épidémie on a compté dans toute l'Egypte, jusqu'au 7 août, 16,972 décès cholériques. Pour le Caire, ce chiffre est de 5,388, parmi lesquels 1,047 ont été constatés pendant la première semaine. Actuellement, dans les villages de l'intérieur, on compte encore 500 décès quotidiens. Enfin, pendant la dernière quinzaine, l'armée anglaise a perdu par le choléra 117 officiers, sous-officiers et soldats.

Asie Mineure. — Les cas de choléra asiatique du lazaret de Beyrouth ont été manifestement transportés d'Egypte. Il en est de même d'un décès observé dans un village du Liban, et d'un autre constaté le 6, hors du lazaret de cette ville. Le lazaret de cette ville est voisin des habitations, les infractions au règlement y sont nombreuses, aussi les inquiétudes de la population de Beyrouth sont vives et il y a lieu de craindre que cette localité ne soit bientôt comprise dans la zone contaminée. D'ailleurs le lazaret ne peut recevoir que 700 quarantainaires et on doit suppléer à son insuffisance par l'installation d'hôpitaux flottants.

Il en est de même à Smyrne, où 1,100 quarantainaires peuvent seulement être admis. Toutefois, le lazaret de l'île de Clazomène étant isolé et éloigné de la ville, celle-ci n'a pas autant à en redouter le voisinage.

Le conseil sanitaire de Constantinople avait, depuis le début de l'épidémie, demandé la création d'un lazaret dans une île de l'Archipel, à Rhodes ou Karpathos; ce vœu, qui n'avait pas encore reçu satisfaction à cause de la pénurie du trésor ottoman, vient d'être réalisé. Les provenances de Beyrouth subiront donc une quarantaine de quinze jours, soit à Rhodes, soit à Smyrne, et Beyrouth est isolé par un cordon sanitaire. La situation s'est donc aggravée sur les côtes de Syrie, l'une des voies par lesquelles l'épidémie s'étendrait rapidement vers le Bosphore et Constantinople.

Algérie. — Le conseil sanitaire de la colonie vient de faire augmenter la durée de la quarantaine d'observation. Au lieu de sept jours, elle est portée à dix jours pour toutes les provenances de Malte, de Chypre et d'Egypte. — C. E.

Puisque nous en sommes au charlatanisme, empruntons à notre excellent confrère le docteur L. Thomas (on n'emprunte qu'aux riches), une anecdote qu'il a puisée je ne sais où, en Amérique, peut-être ailleurs; peu importe.

Après avoir posé en principe que personne ne doute que la charité, la miséricorde, la philanthropie fassent partie du rôle des missionnaires, M. Thomas n'en trouve pas moins intéressant d'enregistrer chaque exemple nouveau, capable de le rappeler. Le présent d'ailleurs était de la charité bien ordonnée, puisqu'elle rapportait des dollars, d'abord au bon missionnaire, et qu'ensuite elle donnait aux infortunés consultants l'espérance, ce présent merveilleux resté au fond de la boîte de Pandore.

Donc, il y a quelque temps, on lisait l'avis suivant dans une revue thérapeutique du détroit :

« Que tous ceux qui ont été atteints, à la suite d'erreurs ou d'indiscrétions de jeunesse, d'affaiblissements nerveux, de caducité prématurée ou d'impuissance, s'adressent à moi Joseph T. Immermann, et je leur enverrai gratis une recette infaillible pour se guérir; ce grand remède a été découvert par un missionnaire de l'Amérique du Sud (le missionnaire était l'honorable M. Immermann lui-même). »

Naturellement les lettres affluèrent, il y en eut de pécheurs endurcis, pleurant la perte de certaine... félicité passée qui ne peut revenir, et la regrettant d'autant plus qu'ils n'en avaient point

. . . . . en la perdant, perdu le souvenir.

Il y en eut de gens sages jusque-là, mais faibles, et qui ne se croyaient pas tout à fait incapables d'indiscrétions; ces gens-là voulaient le secret comme un préservatif. Il

REVUE DE GYNECOLOGIE

Du rôle de la masturbation dans l'étiologie des maladies génitales de la femme (1).

Par le docteur M. Chapman (Edinburgh).

Avant d'aborder pareil sujet, il faut se poser deux questions. La masturbation existe-t-elle chez la femme à un degré suffisant pour produire des désordres pathologiques? Y a-t-il quelque intérêt pratique à aborder l'examen d'une question si répugnante?

Oui la masturbation existe chez la femme et le médecin qui veut se donner la peine de la rechercher, la retrouve très fréquemment, l'étude suivante va d'ailleurs être une preuve de cette assertion. — Quant au dégoût que peut inspirer ce sujet, il ne constitue pas une raison suffisante pour le faire rejeter, si la connaissance exacte de la cause conduit à des résultats thérapeutiques favorables.

L'histoire elle-même nous offre de fréquents témoignages de la masturbation féminine. Lisez le prophète Ezéchiel sur la perversion de Jérusalem! Allez à Naples voir le musée secret, et les nombreux phallus ou imitations de pénis en or ou en métal qu'on a trouvés dans les ruines de Pompeï et d'Herculanum! De semblables objets faits en caoutchouc sont actuellement vendus dans beaucoup de capitales de l'Europe, et en Chine ils sont chose tellement vulgaire qu'on les apporte jusque sur la scène pour le divertissement des spectateurs! Et cependant la masturbation à l'aide des moyens précédents n'est pas le mode le plus usité. L'histoire de Sapho et des Lesbiennes, certains passages des satyres de Juvénal nous montrent que ces habitudes étaient bien connues chez les Grecques et les Romaines; le tribadisme ou masturbation mutuelle avait alors une réelle existence.

La masturbation, bornée en général aux attouchements des organes génitaux externes, produit des modifications dans la conformation, dans la résistance, dans la coloration de ces parties. Elles deviennent flasques, s'allongent, parfois se rident. Au lieu de la teinte rose pâle, il y a une coloration rouge avec des caractères d'irritation ou même d'inflammation.

Comment expliquer que des manœuvres purement externes puissent amener des désordres du côté du vagin, de l'utérus et de ses annexes? Pour répondre à cette question, il importe de se reporter à l'acte sexuel chez la femme. — Que se passe-t-il pendant le stade préparatoire du coït? Tout l'appareil génital de la femme est dans un état de vive turgescence se traduisant au dehors par la suractivité de la sécrétion glandu-

(1) *American journal of obstetrics*, mai et juin 1883.

---

y en eut de droguistes curieux, de pharmaciens peu scrupuleux qui songeaient à exploiter pour leur compte le secret du missionnaire sous forme de *patent medicine*, de spécialité, comme nous dirions. Le révérend tint sa promesse et répondit à ses correspondants: Faites une poudre composée des substances suivantes, en parties égales:

Extrait de Carossa apiniis,
— de Selarno umbellifera,
Poudre d'Alkermès latifolia,
Extrait de Carsades herbalis.

Cela ressemblait singulièrement aux recettes données dans le *Gremoire* du pape Honorius III, pour se rendre invisible ou toucher le cœur d'une belle inexorable.

La préparation était très simple, le difficile était de se procurer les ingrédients. A ceux qui lui demandaient des renseignements à ce sujet, le philanthrope répétait invariablement que c'étaient des plantes des Pampas, connues de lui seul; que, prévoyant les difficultés qui pourraient survenir de ce chef, il avait préparé une quantité respectable de boîtes qu'il céderait au prix modeste de trois dollars et demi, pas un centime de moins. Certains s'y laissèrent prendre et achetèrent.

L'extrait de *Carossa apiniis* était du bicarbonate de soude; l'*Alkermès latifolia*, de la poudre de lycopode. Le tour est vieux comme le monde, et il réussit toujours, même dans le pays de Barnum!»

Merci, cher confrère. Simplissime.

laire. Ce stade préparatoire peut être obtenu par tout moyen mental ou corporel, le même qui dans le sexe opposé cause l'érection. — Vient ensuite la période qu'on peut appeler stade d'achèvement, d'accomplissement, résultat de l'intensité croissante des sensations agréables et qui correspond chez l'homme au stade d'éjaculation.

Ce stade ultime est suivi dans les deux sexes par un état de prostration nerveuse, moins marqué cependant chez la femme, et surtout, ce qui est plus important, par la cessation de la congestion génitale, qui n'a été pour ainsi dire qu'en augmentant depuis le début du stade préparatoire.

La masturbation présente en outre des différences très marquées suivant le sexe dans lequel on la considère. Chez l'homme elle aboutit à l'éjaculation qui en est la fin naturelle et à peu près forcée. Chez la femme, au contraire, le stade d'accomplissement ou d'achèvement n'a d'autre terme que celui même de l'excitation ; il ne se passe chez elle aucun événement physiologique analogue à l'éjaculation et amenant un brusque dénouement ; de là pour la femme, maîtresse, comme c'est le cas dans la masturbation, de la cause excitante, la possibilité de prolonger, de renouveler dans des limites très arbitraires le stade d'achèvement. Or cette prolongation, ce renouvellement, c'est la prolongation et le renouvellement de la congestion génitale. On entrevoit ainsi comment de pareilles manœuvres peuvent avoir des conséquences plus graves chez la femme que chez l'homme.

Onanisme et masturbation sont ordinairement pris comme termes synonymes, c'est à tort, la faute d'Onam consiste dans l'éjaculation en dehors des parties maternelles ; ce subterfuge n'est pas sans inconvénients pour la santé de la femme. Une jeune mariée venait récemment consulter le docteur Chapman, atteinte de leucorrhée abondante et d'une sensibilité excessive des organes génitaux ; le mari voulant prolonger la lune de miel avait jugé bon de marcher sur les traces d'Onam ; la femme en avait été la victime.

L'auteur rapporte vingt observations cliniques destinées à montrer les différents désordres que peut produire la masturbation chez la femme. Tous les cas où l'étiologie aurait pu être obscurcie par l'action simultanée d'une autre cause, ont été soigneusement écartés.

Dans deux de ces observations, la rétroversion dont était atteinte la malade était évidemment due à la masturbation. Ces manœuvres amènent un relâchement de tous les tissus pelviens, il se produit une atonie locale, et l'utérus, n'étant plus soutenu par les ligaments, s'incline en arrière.

Pour les mêmes raisons, et surtout quand il y a un engorgement utérin très prononcé, la masturbation pourra produire un certain degré de prolapsus utérin. Néanmoins sous l'influence de cette cause seule l'abaissement de l'organe ne pourra pas être très marqué.

La masturbation peut produire des douleurs ovariennes par une triple voie, soit en amenant une simple névralgie, soit un engorgement, soit une véritable inflammation, une ovarite. Le prolapsus d'un ovaire peut être imputable à la même cause.

La métrite du corps ou celle du col, le catarrhe de l'utérus, la leucorrhée, les hémorrhagies menstruelles, l'inflammation de la vulve, ont été observées comme conséquence réelle de la masturbation et ne pouvant être dans les cas en question rapportées à aucune autre cause.

Enfin les faits de corps étrangers vésicaux consistant en différents objets utilisés pour la masturbation sont actuellement chose bien connue et loin d'être rare.

Dans les cas où la masturbation est la cause évidente et avouée de l'affection génitale, la guérison ne pourra être amenée qu'en faisant disparaître la cause même, sinon toute thérapeutique restera le plus souvent infructueuse. L'insuccès du traitement dans les cas où le médecin ne peut obtenir la cessation de la masturbation, outre qu'il prouve toute la justesse du diagnostic étiologique, montre toute l'importance de ce diagnostic et justifie pleinement les idées du docteur Chapman sur l'intérêt de ces questions parfois scabreuses .— A. A.

La Commission technique de l'Assainissement de Paris.

Trop long serait le récit des vicissitudes que la question de l'assainissement de Paris a subies. En attendant des solutions toujours promises et toujours retardées, la mortalité parisienne par les maladies infectieuses augmente d'une année à l'autre, et les conditions hygiéniques de la ville restent aussi mauvaises.

Les décisions de la commission technique donneront-elles satisfaction immédiate à ces besoins légitimes et que les contribuables ont quelque raison de réclamer des édiles et des fonctionnaires ayant la responsabilité de l'administration de la cité? Nous ne le

croyons pas. La commission a longuement, mûrement, honnêtement délibéré; ses décisions témoignent d'une grande prévoyance pour l'avenir; elles font entrevoir des améliorations dans l'hygiène des maisons, dans celles des égouts et de la voirie. Doit-elle mériter pour cela l'admiration de nos contemporains? Non, à coup sûr; car elle vient de mettre au jour des projets excellents certainement, mais dont l'exécution exige de grandes dépenses et de longs délais.

Eh bien, il y a là un grand danger pour l'avenir de ces améliorations. D'abord, en fait de reconnaissance, la commission ne peut guère compter que sur celle de nos petits-neveux, nos contemporains ne la mesurant avec quelque raison qu'à des résultats tangibles, apparents et immédiats! C'est là un danger, surtout à une époque où l'opinion a quelques droits d'être écoutée. Enfin, dans le temps agité où nous vivons, la fatalité des événements et les accidents de la politique ne sont pas de nature à assurer le succès de ces améliorations à longue échéance. Est-il donc si exceptionnel de voir une commission succéder à une autre commission, modifier les conclusions primitives, les rejeter, et, à leur place, édifier de nouveaux projets?

Ces réflexions ne sont pas hostiles à la commission dont les membres sont pour la plupart des savants éminents, dont les connaissances professionnelles font autorité. Mais, il faut le dire, l'opinion publique avait quelque droit d'attendre des réformes moins vastes peut-être, mais plus rapidement réalisables. Quand obtiendra-t-elle satisfaction?

Un grand pas vient donc d'être fait pour l'avenir qui, désormais, sera engagé. Le système du tout à l'égout l'emporte, et toutes les dispositions du projet ont pour but d'en préparer et d'en assurer la complète exécution. Après de longs retards, des discussions ardentes, après tant de paroles et d'écrits, on revient au point de départ, c'est-à-dire aux propositions des ingénieurs de l'administration impériale. Quelle ironie! M. Durand-Claye triomphe, et, pour notre part, nous le félicitons du talent et de la persévérance que, pendant vingt ans, il a largement prodigués pour vaincre dans cette lutte scientifique.

Les dispositions que la commission technique soumet à l'administration municipale et à l'Etat, ont pour objet de prévenir les inconvénients de ce système et d'en assurer le fonctionnement. D'abord, pour en assurer la perfection, il faut posséder un réseau complet d'égouts dont les parois seront étanches et la ventilation assurée; l'écoulement des liquides doit y être rapide, les lavages fréquents et abondants, enfin les maisons et la voie publique doivent être à l'abri des émanations méphitiques dont ces canaux sont l'origine, et dont avec le système du tout à l'égout il y a lieu de craindre l'extrême fréquence.

La *commission technique* a étudié ces différentes questions, et n'a eu qu'à s'inspirer des nombreux travaux récents de nos contemporains. Les a-t-elle résolues? On pourra en juger d'après les conclusions qui ont été définitivement adoptées dans les séances du 28 juin et du 5 juillet dernier.

Relativement aux habitations, la commission demande l'établissement, dans chaque logement, d'un cabinet d'aisances alimenté au minimum par dix litres d'eau chaque jour et muni d'un siphon obturateur. Adoptées dans les maisons ouvrières de Londres, ces dispositions sont d'autant meilleures qu'elles sont réclamées depuis fort longtemps par tous les hygiénistes. Seront-elles immédiatement mises en pratique? Ce serait une erreur de le croire, en l'absence d'une distribution d'eau dans un grand nombre de maisons et dans l'impossibilité d'y pourvoir avant longtemps. Il y a donc lieu de croire qu'elles seront platoniques et que d'ici longtemps les propriétaires des immeubles où elles manquent et les architectes n'en auront nullement cure.

L'écoulement total des vidanges dans les égouts peut être autorisé dans ceux qui, largement et constamment alimentés en eau courante, ne sont pas trop souvent ensablés. Cette résolution a été votée dans la séance du 28 juin, après une discussion à laquelle prirent part MM. Fauvel, Brouardel, Bouley, etc. Certainement, de toutes les décisions de la commission, celle-ci est la plus importante. Elle soulèvera les plus vives critiques des adversaires du *tout à l'égout;* cependant il faut convenir qu'avec prudence et sagesse, sa mise à exécution a été subordonnée à un meilleur aménagement des eaux et au perfectionnement de la canalisation des égouts. C'est qu'en effet, est-il besoin de le redire, un grand nombre de ces canaux souterrains sont loin de répondre aux conditions indispensables pour le bon écoulement des eaux.

Dès maintenant, on pourrait l'autoriser dans les égouts largement alimentés en eau courante et dans lesquels les matières qui y sont ou seront projetées sont rapidement évacuées sans repos jusqu'au débouché des collecteurs.

Mais tels ne sont pas tous les égouts, et, en dehors des canaux anciens, qui demandent

une complète réfection, il faudra arrondir les angles des radiers de beaucoup d'entre eux, de façon à éviter l'arrêt et le dépôt des matières solides. D'autres ont bien une pente suffisante, mais ne reçoivent qu'une faible quantité d'eau. Ici, les envasements sont plus redoutables; néanmoins, la projection des vidanges y serait autorisée, mais à condition d'y pratiquer de fréquents curages.

A côté de ces égouts de deuxième catégorie, il en est d'autres plus défectueux encore et comme pente, et comme débit. De plus, le reflux des collecteurs peut y arrêter tout écoulement de liquide; aussi la commission refuse d'y autoriser la projection directe des matières et demande que celle-ci y soit tolérée seulement dans une canalisation spéciale, formée de tuyaux étanches se déversant dans les égouts des deux premières catégories. Ici, les dépenses de transformation seront considérables, dix kilomètres de ces canaux devant être construits à nouveau, et huit autres modifiés dans les pentes de leurs radiers.

Le lavage des égouts doit être assuré en dehors des eaux ménagères ou de celles qui proviennent des bouches de nettoyage des rues; aussi la commission demande la création d'un système de chasses analogue à celui qui existe dans quelques villes de France et de l'étranger. Des réservoirs contenant 10 mètres cubes d'eau seraient construits en tête et le long du parcours de chaque égout à des distances de 250 mètres. — Deux fois chaque jour, on devrait les vider instantanément et faire suivre le mouvement de chasse des eaux par une équipe d'ouvriers. Ce mode de curage serait adopté sur 424 kilomètres d'égouts, et les réservoirs, au nombre de 3,166, coûteraient une somme de 2,600,000 francs.

Pour éviter les ensablements, on établirait quinze bassins à sable dans les collecteurs, et des bateaux et des wagons en assureraient l'enlèvement dans les vingt-quatre heures. De plus, au-dessous des bouches d'égout des voies empierrées, on construirait deux cents réservoirs mobiles destinés à arrêter les graviers, les fumiers ou les corps lourds. La construction de ces divers réservoirs coûterait 1,400,000 francs.

Enfin, pour remédier à l'encombrement des collecteurs des coteaux et de Clichy, on en construirait de nouveaux, destinés à assurer chaque jour un débit de 400,000 mètres cubes. Les collecteurs départementaux en aval et en amont, recevraient les eaux des parties basses de Grenelle, de Bercy, et du XIIIe arrondissement. Des portes de flot et des barrages mobiles devraient, en temps de crue, empêcher le reflux dans ces canaux des eaux de la Seine, et les puissantes machines élévatoires de Clichy en assurer le relèvement jusqu'à concurrence de 600,000 mètres cubes par vingt-quatre heures.

Le premier terme du problème de l'assainissement des égouts, était donc l'évacuation rapide des eaux et le nettoyage efficace de ces canaux. L'épuration de ces eaux, avant de les restituer à la Seine en est l'autre terme. La commission est d'avis d'adopter l'épuration par le sol et d'étendre dans les plaines qui bordent le fleuve en amont les tentatives d'irrigation inaugurées il y a quatorze ans dans la presqu'île de Gennevilliers.

L'épuration par le sol soulève encore de nombreuses objections soit parmi les savants, soit parmi les habitants des localités sur le territoire desquelles se trouvent les champs d'irrigation. En tout cas, la ville qui réclame contre l'infection des eaux de la Marne et de la Seine, et qui demande à l'Etat d'en prohiber la souillure dans les départements de la Seine et de Seine-et-Oise, a aussi des obligations. Elle ne doit plus envoyer au fleuve des rivières d'eaux impures qu'y déversent les collecteurs d'Asnières et de Clichy ou le drain du dépôt municipal.

Telles sont les principales délibérations de la commission technique de l'assainissement de Paris. Elles tranchent donc la question du tout à l'égout, et possèdent, par conséquent, une grande importance, qu'on soit partisan ou adversaire de ce système. Néanmoins, ce serait une illusion d'en exagérer les conséquences, ces conclusions n'ont auprès des pouvoirs publics d'autre valeur que celles de vœux. Elles peuvent donc être mises de côté par nos édiles, puisque, de par l'organisation de la médecine publique à Paris, les voix des hommes les plus compétents peuvent ne pas être écoutées !

L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Paul BERT présente une note, de MM. Dastre et Morat, sur les nerfs vaso-dilatateurs du membre inférieur.

Les physiologistes savent que l'innervation des vaisseaux du membre inférieur a donné

lieu à un très grand nombre de recherches, la plupart de date récente. Ludwig et ses élèves à Leipzig, Goltz à Strasbourg, Stricker à Vienne, Luchsinger et Kendall à Berne, Massius et van Lair en Belgique; Dogiel, Putzeys et Tarchanoff, Ostroumoff, Lewaschew, parmi les physiologistes russes; Heidenhain, Schönlein, Grützner, Bernstein et Marchand en Allemagne; Gaskell et d'autres encore, à l'étranger, se sont attaqués à ce problème. En France, il faut signaler les travaux de Lépine, d'Onimus, de Cossy, et surtout les recherches bien connues de M. Vulpian.

Les résultats de tous ces efforts ont été contradictoires. Tandis que quelques auteurs concluaient à l'existence exclusive de nerfs constricteurs pour le membre inférieur, d'autres ne trouvaient dans le sciatique que des filets vaso-dilatateurs; d'autres enfin y reconnaissaient les deux catégories d'éléments nerveux. Nous nous sommes proposé, déjà anciennement, d'expliquer ces contradictions et de jeter quelque lumière sur cette question obscure. Nous avons appliqué ici la méthode qui nous a réussi ailleurs et qui consiste à suivre pas à pas les nerfs de la région jusqu'à leur origine médullaire.

Le sciatique, si l'on n'envisage que son rôle sensitif ou moteur, est décrit par les anatomistes comme une terminaison du plexus sacré. Au point de vue vaso-moteur, au contraire, nous le rattachons à la moelle thoracique et lombaire. Une règle déjà vérifiée pour les constricteurs nous a appris, en effet, que les vaso-moteurs du membre inférieur ont leur origine à un niveau plus élevé que les autres nerfs de la région. En conséquence, nous avons dû procéder successivement à l'examen: 1° du tronc sciatique; 2° de la chaîne lombaire sympathique; 3° de la chaîne thoracique dans sa portion inférieure. Enfin il restait à explorer les rameaux communiquants et à les suivre dans les racines antérieures où nous avons démontré que se localisaient les nerfs vasculaires.

L'exploration physiologique de ces tronçons nerveux a été faite par deux procédés: 1° la méthode coloriscopique, consistant à juger de l'état des vaisseaux par les changements de coloration d'une région glabre et non pigmentée (pulpes digitales des chiens jeunes à pelage clair); 2° la méthode manométrique consistant à enregistrer la pression dans l'artère correspondant au nerf excité et dans l'artère d'une région symétrique.

La comparaison des effets observés simultanément par ces deux procédés fournit des renseignements décisifs :

1° *Expériences sur le tronc sciatique.* — L'examen manométrique montre que, toujours, chez le chien, l'excitation du sciatique amène une élévation locale de la pression dans l'artère crurale. L'observation des pulpes digitales révèle dans cette partie, tantôt une dilatation, tantôt une constriction vasculaire. Le premier procédé indique un effet total de constriction; le second, une dilatation partielle. Ces faits ne sont nullement contradictoires : le sciatique contenant à la fois les deux ordres de nerfs, l'expérience prouverait seulement que les constricteurs y sont plus nombreux ou plus fortement excités que leurs antagonistes. Ce conflit entre instruments antagonistes provoqué par l'excitation du sciatique n'a rien de contraire aux lois de la division du travail physiologique, car l'excitation du sciatique n'est qu'un artifice expérimental sans modèle dans la nature. Il n'y a peut-être pas une seule circonstance où, normalement, chez l'animal vivant et sain, ce tronc nerveux soit excité en masse. Les différentes catégories de filets nerveux entrent en jeu individuellement dans les réflexes physiologiques et peuvent donner lieu à des effets univoques.

En même temps que la pâleur ou la rougeur des pulpes, nous avons observé chez les jeunes chiens une sudation évidente: c'est là une nouvelle démonstration intéressante de l'indépendance entre les effets vasculaires et les phénomènes sécrétoires.

On comprend les contradictions des expérimentateurs. Ceux qui ont employé la méthode coloriscopique ont vu tantôt des dilatations, tantôt des constrictions; ceux qui ont mesuré les pressions ont toujours constaté un effet constricteur; les uns et les autres ont eu tort de tirer une conclusion absolue. Le mélange des deux catégories de nerfs, qui ressort de notre expérience, rend compte d'un autre fait paradoxal: on observe généralement la pâleur des pulpes chez le chat, souvent la rougeur chez le chien. Il n'est pas admissible que le sciatique de l'un de ces animaux contienne des constricteurs, tandis que chez l'autre il n'aurait que des dilatateurs. Il est clair, au contaire, que, les proportions du mélange, dans un faisceau qui jamais n'est mis en totalité en action, n'ayant aucune raison pour être constantes d'une espèce à l'autre, la diversité des résultats n'offre rien de paradoxal.

II. En second lieu, nous avons recherché ce que le sympathique abdominal apportait d'éléments vaso-moteurs au sciatique et aux vaisseaux du membre inférieur.

La chaîne lombaire est coupée au niveau du quatrième ganglion; l'extrémité périphé-

rique est excitée. On observe, comme effet manométrique, une augmentation de pression très marquée; comme effet coloriscopique, une dilatation plus fréquente que tout à l'heure des pulpes digitales.

III. *Exploration du sympathique thoracique et de la partie supérieure du cordon lombo-abdominal.* — Le sympathique thoracique est excité au-dessus du diaphragme dans le point où le nerf grand splanchnique s'en détache.

Une expérience préalable montre qu'il est indispensable de sectionner ce cordon nerveux, car son excitation augmente la pression fémorale en chassant du réseau des viscères une grande quantité de sang qui se réfugie dans le système artériel: le tracé manométrique indique cette élévation de pression.

Cette complication écartée, on excite la chaîne thoracique ou abdominale supérieure. L'effet manométrique est une élévation de pression indiquant un effet constricteur total. L'examen coloriscopique montre une rougeur évidente, une dilatation vasculaire des pulpes et des régions voisines, nette, accusée, constante. La portion inférieure de la chaîne thoracique préside donc à la constriction des vaisseaux de la plus grande partie du membre, à la dilatation de quelques parties (pulpes digitales).

Ce résultat de l'excitation du sympathique thoraco-abdominal peut être rapproché de l'excitation du segment cervical : l'expérience peut être faite comparativement. On verra dans les deux cas une élévation de la pression totale de l'artère carotide comme dans la crurale, indiquant la prédominance des effets constricteurs dans la tête d'une part, dans le membre inférieur d'autre part; et en même temps une dilatation évidente (qui avait échappé aux expérimentateurs), dans la région buccale d'une part, dans les pulpes digitales de l'autre.

En résumé, on voit l'excitation du segment supérieur (sympathique thoraco-abdominal) provoquer une vaso-dilatation constante; le segment moyen (sympathique lombaire) provoque une vaso-dilatation moins constante; le segment inférieur (tronc sciatique) donne une vaso-dilatation plus rare encore. La signification de ces résultats n'est pas sans valeur pour l'interprétation des fonctions des ganglions sympathiques. Plus on se rapproche de la moelle, plus les vaso-dilatateurs deviennent évidents, plus ils tendent à prédominer sur leurs antagonistes. Leur action s'efface ou s'amoindrit à mesure que l'on descend vers les vaisseaux. Ils doivent se perdre dans les ganglions interposés, et ceux-ci auraient, en conséquence, pour fonction de mettre en rapport les vaso-dilatateurs avec les constricteurs pour permettre l'effet inhibitoire ou interférentiel de ces filets les uns sur les autres.

Ce résultat, conforme à ce que nous avons vu dans une autre série d'études, peut d'ailleurs être mis en évidence par une épreuve directe. Cette expérience et celles que l'on peut faire pour mettre en jeu, par action réflexe, l'activité normale des filets que nous venons de décrire, sont consignées dans un Mémoire spécial.

M. Balland adresse une note sur les altérations qu'éprouvent les farines en vieillissant.

Conclusions. — « De l'ensemble des faits signalés dans le Mémoire que j'ai l'honneur d'adresser à l'Académie, on peut déduire les faits suivants :

1° Les farines, en vieillissant, éprouvent des modifications de diverses natures.

La proportion d'eau est peu variable : elle s'élève ou s'abaisse suivant l'état hybrométrique de l'air; dans les conditions ordinaires, l'écart peut atteindre 0,8 à 1 pour 100

Les matières grasses ne subissent pas de variation sensible dans leur poids; elles perdent leur odeur franche et deviennent rances.

Les matières sucrées décroissent, mais d'une quantité qui n'est pas en rapport avec l'acidité produite.

Cette acidité varie avec l'essence du blé: elle est plus rapide et plus forte avec les farines de blés tendres qu'avec les farines de blés durs.

Traduite en acide sulfurique monohydraté, elle peut s'élever avec les premières de 20 gr. à 120 gr. par quintal métrique, et avec les deuxièmes de 20 gr. à 70 gr. Elle semble se rattacher directement aux modifications éprouvées par les matières albuminoïdes. Ces matières, au début, sont presque entièrement à l'état de gluten insoluble : peu à peu elles se désagrègent, mais sans perdre de leur poids; le gluten se fluidifie et disparaît avec toutes ses qualités.

Les matières amylacées ne paraissent point modifiées.

2° Dans les farines dont le taux de blutage est peu élevé, il y a toujours plus d'acidité, plus de ligneux et plus de matières grasses et sucrées; il y a aussi plus de gluten. Ces farines se conservent mal.

3° Pour les farines conservées en sac, les altérations sont plus rapides que pour les farines renfermées en vases clos.

4° Au même taux de blutage, les farines obtenues par les meules se conservent aussi bien que les farines retirées des cylindres; elles ne sont pas plus acides. L'acidité est indépendante de la mouture.

5° La partie farineuse du grain de blé qui touche à l'enveloppe externe est plus acide que la portion centrale; elle est également plus riche en gluten; elle s'altère plus rapidement. »

FORMULAIRE

Opiat fébrifuge. — Bourgeois.

Sulfate de fer pulv.	15 grammes.
Extrait de quinquina.	1 gr 50 centigr.
Quinquina pulv.	6 gr 25 centigr.
Sulfate de quinine pulv.	2 grammes.
Extrait de genièvre.	q. s.

F. s. a. un opiat, dont on prendra, matin et soir avant les repas, gros comme une noisette dans du pain azyme, pour couper les fièvres intermittentes rebelles des sujet cachectiques. — N. G.

COURRIER

Concours de l'agrégation. (Sections d'histoire naturelle, d'anatomie et physiologie.) — Ce concours s'est terminé par les nominations suivantes:

Naturalistes: M. Blanchard, pour la Faculté de Paris; M. Beauvisage, pour la Faculté de Lyon; M. Granel, pour la Faculté de Montpellier; M. Macé, pour la Faculté de Nancy.

Anatomistes et physiologistes: M. Reynier, pour la Faculté de Paris; M. Plantean, pour la Faculté de Bordeaux; MM. Wertheimer et Demon, pour la Faculté de Lille; M. Debierre, pour la Faculté de Lyon.

Les officiers de santé et les pharmaciens de 2e classe de la réserve et de l'armée territoriale. — Par décision de M. le ministre de la guerre, un sursis est accordé aux officiers de santé et pharmaciens de 2e classe qui, convoqués pour une période d'instruction dans la réserve ou l'armée territoriale, sont en instance pour obtenir le grade de médecin ou de pharmacien auxiliaire.

Cette circulaire autorise les commandants de corps d'armée à donner des sursis d'un na et à dispenser ces soldats d'assister aux manœuvres de cette année. (*Journal officiel,* 5 août 1883.)

Nécrologie. — On annonce la mort, à Montpellier, de M. le docteur Castex, médecin principal de 1re classe, officier de la Légion d'honneur, chef du service de santé militaire à l'hôpital Saint-Eloy. M. Castex était directeur du service de santé de la 16e région.

Conseil municipal. — Le Conseil municipal de Paris vient d'autoriser M, le directeur de l'Assistance publique à acquérir à l'amiable, moyennant le prix de 300,000 francs, un immeuble dit domaine de Brévannes (Seine-et-Oise), pour la création d'un hôpital-hospice. La contenance du terrain est de 30 hectares environ.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

REVUE CRITIQUE DE MÉDECINE

Les réflexes.

Lorsque MM. Vulpian et Charcot eurent montré, en 1862, que dans la sclérose en plaques l'hyperexcitabilité de l'axe spinal se traduit par la trépidation provoquée du pied; lorsque M. Bouchard eut décrit, en 1866, un phénomène analogue dans le membre supérieur des hémiplégiques contracturés, — dans cette voie de recherches, frayée comme à l'ordinaire par des pionniers français, s'engagèrent les laborieux d'outre-Rhin.

En 1875, Erb et Westphal signalaient le parti qu'on peut tirer de la recherche du réflexe patellaire ou phénomène du genou pour le diagnostic de l'ataxie locomotrice. Dès lors, les réflexes tendineux ont été soumis à une analyse patiente et délicate dans un grand nombre de maladies.

Mais, en même temps, des protestations s'élevèrent contre l'importance donnée à cette étude, contre l'intrusion de ces nouveautés dans la clinique, et plus d'un praticien se refuse encore à voir dans la recherche de l'état des réflexes autre chose qu'une curiosité. Ainsi se sont vérifiées une fois de plus les deux tendances opposées qui divisent les médecins, alors qu'un nouveau procédé d'investigation clinique est signalé à leur attention; en face de l'engouement parfois prématuré de quelques-uns se dresse la défiance peut-être excessive de ceux qui, gardiens jaloux de la séméiotique traditionnelle, s'effraient d'y voir introduire quelque signe nouveau.

Désireux de nous en tenir à la valeur séméiologique des réflexes, abstraction faite des problèmes de physiologie si ardus qui s'y rattachent, nous n'aurons pas uniquement en vue les réflexes tendineux, si bien exposés dans les excellentes revues de MM. Dreyfus-Brisac (1), G. Ollive (2) et Rendu (3). A l'exemple de Byrom-Bramwell (4), nous envisagerons les réflexes superficiels ou cutanés, profonds ou tendineux et viscéraux.

I

Un type de réflexe superficiel est l'occlusion réflexe des paupières consécutive au moindre attouchement de la conjonctive. Ce réflexe appartient à la catégorie des mouvements de défense. Il a pour voie centripète les filets sensitifs du trijumeau, pour centre le bulbe, et pour conducteurs centrifuges les filets moteurs du facial. M. P. Berger (5) a montré qu'on en pouvait utiliser la recherche pour l'appréciation du degré d'anesthésie chez les sujets chloroformisés; c'est le dernier des actes de la vie de relation qui persiste, et sa disparition peut être considérée comme la limite de la *zone maniable*.

En ce qui concerne la moelle, l'examen des fonctions réflexes dévolues à chacun des segments de cet organe paraît un moyen conforme à la logique d'en apprécier l'état sain ou morbide. La physiologie nous a enseigné que

(1) *Gazette hebdomadaire, 1880.*
(2) *Revue de médecine, 1881.*
(3) *Revue des sciences médicales, 1882.*
(4) *Maladies de la moelle,* traduction de G. Poupinel et L.-H. Thoinot.
(5) Communication à l'Académie des sciences, 1882.

chaque segment médullaire avec ses racines sensitives et motrices constitue un arc réflexe, grâce auquel les excitations périphériques, portées sur la portion de peau qu'innervent les fibres des racines postérieures, peuvent déterminer la production de mouvements réflexes dans l'aire musculaire à laquelle se rendent les fibres des racines antérieures.

D'après Gowers (1), le meilleur moyen pour faire naître les réflexes superficiels est de chatouiller la peau avec une pointe fine, telle que l'extrémité taillée d'un crayon.

Si l'on gratte ainsi la plante du pied, le réflexe *plantaire* a pour résultat une contraction des muscles du pied, et sa voie de passage est l'extrémité inférieure du renflement lombaire. — La contraction des muscles *fessiers* suit l'excitation de la peau de la fesse, en vertu d'un réflexe qui traverse la moelle à la hauteur de la quatrième ou de la cinquième paire lombaire. Le réflexe du *crémaster*, que détermine le chatouillement de la partie interne de la cuisse et qui est surtout appréciable chez les jeunes sujets, consiste dans la rétraction du testicule; il suit la première ou la deuxième paire lombaire. — De même, les réflexes *abdominal*, *épigastrique*, *interscapulaire*, produisant la contraction des muscles abdominaux, la dépression de l'épigastre ou certains mouvements de l'omoplate, permettraient d'explorer l'intégrité des segments médullaires compris entre la huitième et la douzième, la quatrième et la sixième paires dorsales, la troisième dorsale et l'avant-dernière cervicale.

La recherche des réflexes cutanés ne saurait avoir en clinique la valeur que Gowers lui attribue. Leur persistance dans un segment médullaire signifie sans doute que nulle lésion sérieuse n'affecte à ce niveau l'arc diastaltique, c'est-à-dire les racines postérieures, les cellules œsthésodiques et cinésodiques des cornes postérieure et antérieure, enfin les racines antérieures ; mais elle n'implique point l'intégrité des cordons postéro-internes et antéro-latéraux.

Leur absence est d'ailleurs loin d'être toujours un fait pathologique, puisque, sauf le réflexe plantaire, les autres peuvent, par suite d'une idiosyncrasie, faire défaut chez des individus en parfaite santé.

II

Aussi est-il plus intéressant de rechercher l'état des RÉFLEXES TENDINEUX qui ont surtout préoccupé les observateurs.

Lorsqu'un individu bien portant est assis sur une table un peu élevée, les jambes librement ballantes, si on frappe exactement au-dessous de la rotule un coup sec sur le tendon rotulien avec le bord cubital de la main, le pavillon d'un stéthoscope ou mieux le marteau de Skoda, on voit aussitôt la jambe percutée, animée de plusieurs oscillations consécutives, régulières et de moins en moins étendues. Tel est le *phénomène du genou, réflexe patellaire, signe du tendon rotulien.*

On peut encore le rechercher, en faisant asseoir le sujet les jambes croisées, ou en soutenant avec la main gauche placée sous le jarret la jambe que la main droite percute. Mais il est alors moins facile d'obtenir le relâchement complet des muscles, qui est la condition nécessaire à la saine interprétation du phénomène.

Le réflexe patellaire est un fait physiologique, puisque d'après la statistique de O. Berger, il ne manque pas deux fois sur cent chez les sujets sains; il est constant et même plus accusé chez le nouveau-né (Eulenburg). C'est le plus facile à percevoir des réflexes tendineux; mais on peut aussi, chez les sujets à réflectivité spinale développée, obtenir le *réflexe du coude* en percutant le tendon du triceps brachial au-dessus de l'olécrâne et les

(1) *Diagnosis of Diseases of the spinal Cord.*

réflexes du poignet par la percussion des tendons fléchisseurs et extenseurs. On trouve le *réflexe du pied* en percutant le tendon d'Achille.

Dès que ces faits ont été connus, ils ont été l'objet de deux explications antagonistes. Tandis que Westphal y voyait l'influence directe de la percussion sur la fibre musculaire et tendineuse, Charcot et Erb les considéraient comme de véritables actes réflexes. Enfin, une opinion mixte a limité le rôle de la moelle à la propriété d'exagérer un mode d'excitabilité spéciale, l'excitabilité tendineuse (Waller).

Nous ne saurions entrer ici dans l'examen des nombreuses et ingénieuses recherches expérimentales qui ont été instituées par les tenants de chaque théorie. Nous ne retiendrons que les suivantes.

Qu'on fasse un pli à la peau qui recouvre le tendon rotulien ; qu'on frappe, qu'on irrite d'une manière quelconque ce pli cutané, il n'y a pas trace de réflexe. — La section du nerf crural, celle des racines postérieures lombaires abolit le réflexe rotulien, et non la contraction idio-musculaire (Schültz et Furbringer, Tschiriew). — La mensuration à l'aide des appareils graphiques de l'intervalle écoulé entre la percussion du tendon et la contraction du muscle indique pour la production du réflexe tendineux une durée moindre que pour les réflexes cutanés (Burkhardt), mais plus longue que pour la contraction idio-musculaire (Brissaud).

Ces données nous suffisent pour conclure, avec M. Rendu, « que les phénomènes tendineux sont évidemment le résultat d'actions réflexes ; qu'ils ont pour origine les nerfs aponévrotiques (de Sachs et de Tschiriew) placés entre le muscle et le tendon, enfin que l'arc réflexe tendineux n'est pas le même que l'arc réflexe cutané. »

Ainsi, dans les cas récents d'ataxie locomotrice, les réflexes tendineux sont abolis, mais les réflexes cutanés persistent ; d'où cette hypothèse que les réflexes cutanés passent directement dans la corne grise postérieure, tandis que les réflexes tendineux traversent les cordons postéro-externes, auxquels la lésion est encore limitée au début du tabes. Dans cette même affection, la contractilité idio-musculaire est souvent exagérée (Buzzard), tandis qu'elle est fréquemment diminuée dans des cas où l'excitabilité des tendons est portée à son maximum, dans la paralysie spastique, par exemple. Un contraste inverse s'observe dans l'hystérie, où les réflexes cutanés peuvent être abolis, alors que les tendineux s'exagèrent.

A. Le réflexe tandineux est SUPPRIMÉ dans l'*ataxie* locomotrice (Westphal, 1878). Malgré quelques exceptions, c'est là un fait assez général pour qu'on puisse lui attribuer la valeur d'une loi, et les maîtres en neuro-pathologie se croient autorisés à tenir grand compte de l'abolition du réflexe patellaire pour établir le diagnostic précoce du tabes dans sa période préataxique.

Les myélites qui frappent systématiquement les cornes antérieures s'accompagnent de diminution, puis de suppression du réflexe rotulien : telles sont la *paralysie infantile,* la *poliomyélite antérieure subaiguë* (Leyden), et peut-être la *paralysie pseudo-hypertrophique* (Gowers).

Dans la *paralysie générale,* les réflexes font défaut, lorsqu'aux symptômes cérébraux se joignent des douleurs spinales et l'affaiblissement des membres indiquant la participation de la moelle au processus méningo-encéphalique ; ils persistent chez les paralytiques qui n'offrent que des symptômes cérébraux (Joffroy).

La réflectivité spinale est en général d'autant plus marquée que la moelle est soustraite à l'influence modératrice du cerveau. C'est un fait vérifié chez le nouveau-né dont la vie cérébrale est presque nulle ; chez les enfants endormis (Rosenbach). Aussi Byrom-Bramwell a-t-il formulé une sorte de loi concernant l'état du réflexe tendineux dans les maladies de la moelle. Celui-ci fait défaut lorsque les régions de la moelle correspondant aux deuxième, troisième et quatrième nerfs lombaires sont lésés ; il

est exagéré, au contraire, toutes les fois que la portion lombaire de la moelle, encore intacte, est séparée des portions supérieures et du cerveau, lorsqu'il existe des lésions primitives ou secondaires des cordons latéraux ou une sensibilité exagérée de la substance grise de la moelle.

B. Les réflexes tendineux sont EXAGÉRÉS dans la *sclérose en plaques*. MM. Vulpian et Charcot y ont observé pour la première fois le *clonus réflexe du pied* ou *trépidation épileptoïde, épilepsie spinale*, phénomène identique dans sa nature aux autres réflexes tendineux, dont il n'est que l'exagération pathologique. Mais qu'une plaque de sclérose vienne à envahir les racines postérieures lombaires, la continuité de l'arc réflexe sera rompue, et le réflexe du pied peut disparaître.

L'exaltation des réflexes tendineux caractérise le *tabes dorsal spasmodique* ou paralysie spastique de Erb ; la réflectivité spinale est si vive dans cette maladie que, par suite d'irradiations réflexes, une percussion légère du tendon est suivie de contractions brusques non seulement de la jambe correspondante, mais du membre opposé. — On l'observe aussi dans la *sclérose latérale amyotrophique*, et les myélites par compression (*pachyméningites, mal de Pott*, etc.) dans lesquelles les cordons latéraux dégénèrent.

C'est aussi par suite de la dégénérescence des cordons latéraux et l'exagération des réflexes tendineux que se produit chez les hémiplégiques contracturés la trémulation épileptoïde du membre supérieur, signalée d'abord par M. Bouchard en 1866, et si bien étudiée par M. Brissaud dans sa thèse (1). Chez eux, le temps réflexe est plus court de 5 à 10 millièmes de seconde du côté paralysé que du côté sain, et la contraction consécutive à la percussion du tendon, plus intense qu'à l'état normal. Cette hyperexcitabilité des centres médullaires du côté malade est même la cause prédisposante de la contracture chez les hémiplégiques, et les excitations provenant du côté sain en sont la cause occasionnelle (Michael Lion).

Aussi, au point de vue pratique, est-il important de rechercher chez les hémiplégiques l'état des réflexes tendineux, dont l'exaltation permettra de prévoir l'apparition des contractures secondaires.

De même on pourra pressentir l'apparition de la contracture dans les paralysies hystériques ; on voit, comme nous l'avons dit plus haut, coïncider dans l'*hystérie* l'anesthésie, qui entraîne la perte des réflexes cutanés, avec l'exaltation des réflexes tendineux.

M. Strauss a vu souvent les réflexes tendineux exagérés dans la *chorée* (2).

La recherche des réflexes tendineux dans la *fièvre typhoïde*, soigneusement faite par M. Ballet (3) et M. Pluyaud (4) semble montrer qu'il y a hyperexcitabilité de la moelle dans la très grande majorité des cas, sans qu'on puisse encore savoir si cette réflectivité exagérée tient à l'action directe du poison typhique sur la moelle, à la longue durée du processus fébrile ou à l'anémie qui en est la conséquence.

III

L'examen des RÉFLEXES VISCÉRAUX peut être utilisé en clinique, d'après Gowers et Byrom-Bramwell, surtout en ce qui concerne l'état de la vessie et du rectum.

Ces auteurs font valoir que les sphincters sont soumis à des centres de tonicité situés dans les segments médullaires qui correspondent aux nerfs sacrés. L'action de ces centres toniques peut être suspendue, inhibée, comme dit M. Brown Séquard, par la volonté, acte cérébral, les fibres d'inhibition venant probablement de l'encéphale par les cordons latéraux ; mais Gowers

(1) *Recherches sur la contracture permanente des hémiplégiques, 1880.*
(2) Thèse de Petitclerc, 1880.
(3) *Progrès médical, 1881.*
(4) *Étude sur les réflexes tendineux dans la fièvre typhoïde.* Thèse, 1883.

admet que l'inhibition des centres de tonicité peut aussi être opérée par un réflexe ayant pour point de départ l'excitation sensitive de la muqueuse vésicale ou rectale. On conçoit donc que l'examen des réflexes vésical et rectal, c'est-à-dire des troubles survenus dans les fonctions de la vessie et du rectum (incontinence ou rétention), puisse nous donner des renseignements sur l'état de la partie inférieure de la moelle.

Le *réflexe génital,* par son abolition ou son exaltation, expliquerait aussi l'agénésie ou le priapisme que l'on recherche toujours avec soin dans les affections médullaires; il aurait son centre dans les mêmes segments que les réflexes vésical et rectal.

Par contre, l'examen d'un réflexe sensoriel, le *réflexe pupillaire*, nous renseigne sur les parties supérieures de l'axe médullaire. Car le centre ciliospinal est situé dans les deux derniers segments cervicaux et les deux premiers dorsaux; c'est de là que partent les fibres sympathiques qui se distribuent au muscle radié de l'iris; leur irritation produirait la mydriase, le myosis serait la conséquence de leur destruction.

Mais, plus souvent, la modification pupillaire nous indique une lésion cérébrale; ainsi la perte du réflexe pupillaire sous l'influence de la lumière, symptôme à peu près constant dans l'ataxie, a été attribué à une lésion siégeant dans le voisinage des tubercules quadrijumeaux.

M. Parrot (1), dont nous déplorons la perte récente, a fait connaître que, chez les enfants, dans certaines conditions morbides, si l'on pince vivement la peau d'une région très sensible, de l'épigastre par exemple, on voit immédiatement la pupille se dilater de manière à atteindre un diamètre double ou triple; ce fait s'observe dans la méningite tuberculeuse, l'hémorrhagie de la pie-mère, quelquefois l'hydrocéphalie chronique. Aussi M. Parrot a-t-il cru pouvoir conclure « qu'un enfant, atteint ou non de convulsions, qui est dans le coma et dont les pupilles ne se dilatent pas sous l'influence du pincement de la peau, n'est atteint ni de méningite ni d'hémorrhagie pie-mérienne; qu'il est sous le coup d'une asphyxie avancée, et que sa mort est imminente. »

En résumé, si on considère les services que la recherche des réflexes a rendus et peut rendre à la clinique, on ne saurait, sans injustice, nier l'intérêt très réel qui s'attache à leur étude; on est tenté cependant de se défendre un peu contre l'enthousiasme qui a dicté cette phrase à Westphal (2). « En frappant le tendon rotulien, nous arriverons à reconnaître certaines lésions de la moelle, avec une finesse, une précision, je dirai presque une élégance inconnues jusqu'à ce jour. »

Paul LE GENDRE.

(1) *Revue de médecine, 1882.*
(2) *Berlin. Klin. Woch., 1881.*

OBSERVATION D'ATAXIE LOCOMOTRICE

consécutive à des accidents de décomposition brusque par rupture d'un scaphandre,

Lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 10 mars 1883,

Par M. CHARPENTIER, médecin-adjoint à la Salpêtrière.

Il y a deux mois se présentait à la consultation externe de la Salpêtrière un ouvrier mécanicien se plaignant de souffrir depuis deux ans, par accès, de coliques de plomb qu'il attribuait au minium dont il se servait pour faire les joints des chaudières; j'examinai les gencives, elles offraient le liséré noir caractéristique de Burton. Désireux de savoir la part que prenait dans sa maladie le système cérébro-spinal, je l'interrogeai dans ce sens et je vis se dérouler devant moi l'ataxie locomotrice avec ses crises si pénibles du tube gastro-intestinal, ainsi qu'il sera facile de le voir par les détails de son observation que je rapporte en entier, détails d'autant plus importants qu'ils nous

montrent pour la production de cette ataxie une étiologie dont nous n'avons pu trouver un seul exemple dans la littérature médicale.

Ce malade, au point de vue des antécédents héréditaires ou morbides, ne nous a fourni que des renseignements négatifs. Sa mère est morte jeune après des vomissements de sang; elle toussait depuis longtemps; son père est mort d'une hémorrhagie cérébrale, mais il avait 76 ans. Lui-même, jusqu'au jour où l'accident du scaphandre lui est arrivé, n'avait jamais été malade. Interrogé et examiné au point de vue des accidents palustres, de la goutte, de la scrofule vertébrale, de l'alcoolisme, du rhumatisme, de la pléthore ou des névroses, il ne nous a présenté aucun antécédent ou symptôme. Assez incliné vers les plaisirs sexuels, il n'a eu cependant ni syphilis ni spermatorrhée; pas d'alcoolisme; le malade a peu fumé. Il est entré dans la marine à 16 ans comme ouvrier mécanicien, s'est servi déjà à cette époque de minium, sans éprouver aucun phénomène de saturnisme; il avait 18 ans quand a eu lieu l'accident que nous vous rapportons; il y avait sept mois qu'il descendait dans les scaphandres presque tous les jours, parfois quatre heures de suite, à des profondeurs de 20, 30 mètres, et n'avait jamais rien éprouvé, ni puces, ni mouton, ni céphalalgie, ni bruit dans les oreilles, ni oppression; quand il sortait de l'appareil, il n'éprouvait même pas le refroidissement dû à la décompression; la seule gêne qu'il éprouvait était celle de l'eau emplissant son appareil jusqu'aux genoux, et provenant de la transpiration abondante, inconvénient commun chez les scaphandriers et imputable à la chaleur due à l'appareil. Les scaphandres dont il se servait étaient des scaphandres de Cabirol.

Le jour de l'accident (ceci se passait en 1867, dans la mer Rouge, près d'Aden), il fut envoyé en service commandé dans un appareil à plongeur pour élinguer un chalan de charbon. Au lieu des scaphandres habituels, on lui fournit un vieux scaphandre anglais dont on ne se servait plus et dont le tissu, pour employer l'expression du malade, s'était échauffé parce que, renfermé, il n'avait pas été exposé à l'air depuis longtemps. Il descendit en parfait état de santé dans son appareil, et se trouvait depuis à peine quelques minutes à une profondeur de 27 mètres, lorsque soudain il éprouva une sensation d'étranglement autour du cou et perdit subitement connaissance.

A partir de ce moment-là, et pour les trois semaines qui suivirent, il ne peut nous donner aucun renseignement personnel. On lui a dit que, lorsqu'on l'avait remonté, il avait la figure, la tête gonflées, noires, les paupières bouffies, qu'on l'avait saigné aux deux bras, qu'il avait déliré pendant trois semaines, et que pendant ce temps on était obligé de le sonder tous les jours. Quant au scaphandre, il fut constaté qu'il était déchiré au niveau de la collerette, là où elle est prise par les boulons, ce qui coïncide avec la dernière et d'ailleurs la seule sensation pénible qu'ait éprouvée le patient, celle d'étranglement autour du cou.

Lorsqu'il revint au sentiment de sa situation, il remarqua qu'il était extrêmement faible, qu'il était complètement paralysé des jambes, et que ses yeux présentaient de larges taches rouges de sang; il ne se rappelle rien au point de vue des troubles douloureux ou des phénomènes de la sensibilité; l'exercice de la vue était gêné, mais il distinguait; il ne se souvient pas d'avoir eu des troubles de la parole.

Les ecchymoses des conjonctives disparurent au bout de quatre mois; les mouvements des membres inférieurs étaient déjà revenus depuis deux mois. C'est à ce moment, lorsqu'il commença à marcher qu'il remarqua une sensation de roideur douloureuse au genou gauche à la partie interne du creux poplité, gênant la marche et n'apparaissant qu'à l'occasion des mouvements; puis survint une même gêne douloureuse au pli de l'aine du même côté avec mêmes caractères, mêmes variations d'intensité disparaissant certains jours; les régions similaires du côté opposé furent affectées également à la suite, sans gonflement ni rougeur; bientôt ces douleurs survinrent même au repos, spontanément; au lieu d'affecter l'une ou l'autre région du membre, elles occupèrent toute l'étendue de la cuisse, plus tard partaient comme un éclair de la racine du membre jusqu'au mollet; c'était tantôt un membre inférieur, tantôt l'autre qui était pris; rares d'abord et de courte durée, ces douleurs ont pris ensuite la forme d'accès à apparition irrégulière.

Sur ces entrefaites, il quitta le service de la marine, sans inquiétude sur ces symptômes qu'il considérait comme des reliquats de sa maladie, et qui d'ailleurs le troublaient encore assez peu puisque, rentré dans la vie civile, il reprit son métier de mécanicien; toutefois, il était assez souvent obligé de cesser son travail un jour ou deux; la vue était devenue complètement libre avant son départ de la marine, mais pendant une dixaine d'années, il fut tourmenté à intervalles irréguliers par des sensations de boules brillantes, d'étincelles lumineuses; depuis six ans, ces troubles oculaires ont disparu et il n'en a jamais éprouvé d'autres; il a éprouvé parfois et passagèrement de l'im-

possibilité à retenir ses urines; il ne les sentait pas s'écouler et n'éprouvait, et d'ailleurs n'a jamais éprouvé aucune sensation douloureuse du côté des voies urinaires.

Depuis l'accident, le malade s'est toujours senti faible des reins, tout en constatant que ses jambes avaient repris des forces, mais il fut un moment où les douleurs lancinantes, plus aiguës, laissaient de la faiblesse dans les membres inférieurs; le malade remarqua que les jambes paraissaient se lancer quand il marchait, qu'il devenait plus maladroit pendant la marche, et que souvent il n'appuyait pas le pied à l'endroit du sol qu'il désirait; il n'a cependant jamais éprouvé de fausses sensations à la région plantaire. Ces troubles d'incoordination motrice ont montré comme les autres symptômes la même irrégularité dans leur allure. Le malade a souvent constaté que la montée d'un escalier lui était plus difficile que la descente; il n'a jamais constaté que la soustraction de la vue par la nuit ou l'occlusion des paupières aie jamais modifié la marche ou la station. Quant aux désirs vénériens bien affaiblis depuis l'accident, ils sont nuls depuis trois ans, c'est-à-dire depuis l'âge de 34 ans.

En somme, il y a deux ans encore, notre malade ne se préoccupait de ces symptômes que lorsqu'ils devenaient trop accentués. Mais, à cette époque, âgé alors de 35 ans, il fut pris de maux d'estomac qui, rares d'abord et de courte durée, reviennent sous forme d'accès souvent suivis de vomissements; il consulta et fut traité pour une gastralgie; depuis sont apparues des coliques abdominales occupant tout le ventre, s'irradiant à l'estomac, avec vomissements aqueux ou bilieux, tantôt constipation opiniâtre avec matières ovillées, tantôt diarrhées plus ou moins abondantes, sans selles hémorrhagiques. Comme mécanicien, il continuait à se servir du minium pour les joints de ses chaudières. Il consulta; il fut traité pour des coliques de plomb; mais les crises n'en revenaient pas moins fréquentes et intenses, tellement intenses qu'après trois de ces crises il fut pris de délire passager, nocturne avec hallucinations de la vue et terreur; il voyait des hommes au pied de son lit qui lui produisaient les douleurs qu'il éprouvait, ces troubles duraient une nuit, survenaient au paroxysme des crises douloureuses, et disparaissaient au réveil.

Dans des temps plus récents, apparut une douleur d'un nouveau genre, de la rachialgie avec hyperesthésie de toute la région vertébrale, tantôt isolée, tantôt accompagnant les douleurs fulgurantes des membres ou les crises viscérales. Enfin apparaissent depuis six mois des sensations de constriction thoracique avec des douleurs abdominales en ceinture.

C'est à l'occasion d'une de ces crises douloureuses qu'il est venu se soumettre à notre examen et voilà ce que nous constatons : c'est un homme de 37 ans, de taille moyenne, ni gras ni maigre, de tempérament plutôt sanguin que nerveux. En dehors du tube digestif, nous n'avons rien constaté dans les appareils de la vie de nutrition, un état saburral, un liséré noirâtre à la sertissure des dents, une dureté très grande du ventre ni ballonné, ni rétracté, une douleur abdominale violente ne se calmant pas par la pression et sans hyperesthésie abdominale, des urines peu abondantes, non colorées; ces symptômes en dehors du liséré ont rapidement disparu. L'examen du squelette crânien ou vertébral et des articulations ne nous a rien fourni. Le système musculaire, en dehors de la faiblesse des reins, des jambes et de l'incoordination dans la marche, ne présente rien; les muscles sont partout conservés sans paralysies ni atrophies partielles; le malade résiste aux efforts de flexion ou d'extension des membres; rien aux extenseurs; les jambes sont moins lancées qu'il y a quelque temps; pas d'impulsions irrésistibles en avant ou en arrière, pas de vertiges; pas de tremblement, aucun phénomène spasmodique de la motilité. La voix est bonne, bien nette ; les muscles de la physionomie et de la langue ne présentent rien d'anormal. Du côté de l'encéphale, rien ; le caractère est ordinaire, l'intelligence bonne, la mémoire solide ; il comprend vite les questions, et précise ses réponses sans prolixité, sans aucun embarras de la parole ; aucun trouble des organes des sens ; rien aux pupilles ; pas de céphalalgie; le sommeil est bon quand il n'est pas tourmenté par les douleurs. En dehors des divers troubles douloureux que nous avons décrits, nous ne constatons que deux troubles de la sensibilité, absence complète des réflexes rotuliens, et perte de notion de la position de ses membres pendant la nuit ; souvent il est obligé de chercher ses jambes pour s'assurer de leur situation. Les esthésies du tact, contact, pression, température, pincement, douleur, sont conservées ; pas de retard dans les sensations ; rien à la peau. Le malade est très chatouilleux à la plante des pieds et aux régions costales ; mais il reconnaît qu'il l'a toujours été même dans son enfance. Je termine, Messieurs, l'exposé de l'état actuel de notre malade par la copie du certificat qui lui fut délivré par le médecin du bord :

« Je soussigné, certifie que X..., ouvrier chauffeur, envoyé en service commandé dans

un appareil à plongeur, a éprouvé par suite de la rupture de l'appareil un commencement d'asphyxie par submersion. Les symptômes présentés par cet homme ont atteint un haut degré de gravité, et à leur suite est survenue une myélite aiguë que nous ne pouvons vraisemblablement attribuer à une autre cause.

« Signé; 30 janvier 1868. »

En résumé, Messieurs, un homme de 18 ans, sans antécédents morbides, voit, à la suite d'une paraplégie complète non douloureuse (myélite) consécutive à une décompression brusque par rupture de scaphandre, apparaître, lorsque la paraplégie disparaît, des symptômes douloureux gênants d'abord, fulgurants et lancinants plus tard dans les mêmes membres, puis des troubles passagers de la vue et de la vessie, ensuite des troubles d'incoordination motrice pendant la marche; après, des crises viscérales gastriques et intestinales, et enfin de la rachialgie, des constrictions thoraciques et des douleurs en ceinture.

Ce sont bien là les symptômes représentatifs de l'ataxie locomotrice progressive, et je ne vois pas qu'il soit possible de les attribuer à aucune autre maladie ou lésion. Certes, ce cas ne représente pas un type parfait. Le début précoce de la maladie à 19 ans, son mode de début à la suite d'accidents cérébro-médullaires par décompression brusque, la lenteur de la marche des symptômes, car au bout de dix-huit ans le malade n'en est encore qu'à la seconde période, le peu de signes du côté de la vue, l'absence des troubles de la sensibilité cutanée, le défaut d'anesthésie plantaire, de contractures ou de paralysies partielles sont autant de raisons à invoquer pour distraire notre cas du groupe des ataxies locomotrices types. Il est vrai de dire que ce n'est pas un cas d'ataxie locomotrice primitive, que c'est une ataxie consécutive à une myélite; et, comme M. le professeur Vulpian le fait sagement remarquer dans ses leçons, ce n'est pas dans le groupe des ataxies locomotrices consécutives, soit à des néoplasmes caseux ou syphilitiques, soit à des dégénérescences ou lésions des autres parties du myélencéphale qu'il faut chercher le type de l'ataxie locomotrice, car elles en présentent rarement le tableau symptomatique complet.

D'un autre côté, si nous passons en revue les lésions ou maladies auxquelles certains symptômes pourraient faire penser, nous voyons qu'il n'est pas possible de s'y arrêter.

Au point de vue des lésions médullaires, mise à part la myélite du premier mois, l'absence complète de troubles trophiques, l'absence complète des troubles du mouvement (paralysie, contracture, tremblement), sauf l'incoordination motrice, nous permettent rapidement d'éliminer les myélites chroniques diffuses ou centrales, ainsi que les myélites systématiques des cordons blancs antérieurs et latéraux, et ainsi que les spodomyélites des cornes grises antérieures.

Impossible de songer aux lésions bornées aux méninges ou aux scléroses en plaques qui ne pourraient expliquer les crises viscérales ni l'incoordination motrice.

L'absence de troubles dans les fonctions des nerfs qui ont leurs noyaux d'origine dans le bulbe ne peuvent nous faire penser aux lésions de cette région.

Les lésions cérébelleuses peuvent être également éliminées, car nous ne trouvons chez notre sujet ni leurs vomissements faciles, répétés aux moindres changements de position, ni leurs vertiges, ni leurs rétropulsions en latéropulsions irrésistibles, ni leurs céphalalgies si pénibles et si fréquentes.

La perte de connaissance lors de l'accident, les délires passagers de ces temps derniers, les troubles du mouvement et les douleurs des membres inférieurs pourraient éveiller l'idée de chercher une combinaison possible d'ataxie locomotrice et de paralysie générale; mais quelle durée dans la marche (18 ans), quel contraste frappant entre l'intensité des désordres cérébraux du début et l'intégrité absolue de l'intelligence à leur suite; d'ailleurs, aucun des signes somatiques propres à la paralysie générale; les phénomènes du délire qu'a récemment présentés notre malade, par leur courte durée, par l'absence de traces d'affaiblissement intellectuel à leur suite, par leur apparition au paroxysme des crises douloureuses, me paraissent plutôt rentrer dans le cadre des dysphrénies névralgiques, c'est-à-dire des délires par intensité de la souffrance; toutefois, tenons compte qu'une thèse récemment soutenue à la Faculté de Lyon par le docteur Rougier, sous les inspirations de son maître, M. le professeur Pierret, fait ressortir l'existence d'un délire de persécution lié au tabes dorsalis; mais même cette considération appliquée à notre malade ne pourrait modifier notre diagnostic; elle n'aurait trait qu'au pronostic à porter.

Reste la question du saturnisme.

Notre malade a manié du minium de 15 à 37 ans; il a le liséré noir de Burton; il a des coliques abdominales; les troubles douloureux des membres, l'incoordination motrice

ont été cités dans l'intoxication saturnine. M. Proust, dans son *Traité d'hygiène*, rapporte que M. Raymond, dans le service de M. le professeur Vulpian, a observé deux cas d'ataxie locomotrice saturnine.

Je ne veux pas nier cette origine de l'ataxie locomotrice, mais si les deux observations auxquelles M. Proust fait allusion sont celles consignées dans la thèse inaugurale de M. Raymond sur l'hémianesthésie et l'hémichorée, d'une part l'une, chorée saturnine, n'a rien de commun avec l'ataxie locomotrice, et l'autre, intitulée ataxie saturnine avec prédominance du phénomène ataxique sur un côté du corps, présente un tableau symptomatique tellement différent de celui de notre malade, qu'à part l'incoordination motrice des extrémités inférieures, nous ne trouvons aucun caractère commun entre nos deux malades. Le malade de M. Raymond a présenté de l'encéphalopathie à forme épileptique, des troubles des organes des sens; l'incoordination motrice a débuté par les membres supérieurs; il a eu des troubles anesthésiques; il n'a eu ni douleurs en ceinture, ni douleurs fulgurantes, ni crises viscérales. D'ailleurs, à propos de cette observation, M. Raymond lui-même fait observer qu'il n'y a pas possibilité de songer à des phénomènes dus à l'ataxie locomotrice.

Mais si nous revenons à notre malade nous constatons que depuis trois ans avant l'accident, il maniait du minium sans avoir jamais éprouvé d'accidents saturnins et d'ailleurs les symptômes qu'il présente n'ont débuté qu'après l'accident du scaphandre. Le liséré indique bien le plomb mais non l'intoxication; il a même été noté des altérations dentaires survenues sous l'influence de l'ataxie locomotrice qui agirait sur ces organes au même titre que M. Joffroy l'a démontré pour les ongles et pour la peau; d'un autre côté, les coliques de notre malade n'ont pas présenté l'hyperesthésie au grattage de Briquet, elles ne se calment pas par la pression; souvent elles s'accompagnent de diarrhée; enfin le plomb n'est pas seulement poison des nerfs, il est aussi poison du muscle et notre sujet ne présente ni atrophie, ni paralysie même partielle; les muscles de l'avant-bras sont indemnes; pas de tremblement. Quant à son délire, le délire saturnin n'a pas cette courte durée, ou alors il revient fréquemment et l'hébétude du visage, l'empâtement de la parole, la perte de la mémoire, la lenteur des réponses apparaissent les jours suivants, traces de l'ivresse plombique passée. Enfin les troubles anesthésiques et analgésiques qui manquent chez notre malade sont loin d'être en faveur de l'intoxication saturnine.

Quant à toutes les autres causes d'ataxie locomotrice consécutive, l'absence de syphilis, de rhumatisme, de lésions articulaires, l'absence de troubles de l'appareil respiratoire et circulatoire, l'intégrité de la courbure vertébrale nous permettent également de les rejeter.

Nous restons donc en présence d'une ataxie locomotrice consécutive à des lésions médullaires, ou cérébro-médullaires auxquelles les premiers symptômes de l'ataxie ont fait immédiatement suite au même titre que ces troubles cérébro-médullaires ont fait suite immédiatement à l'accident du scaphandre.

Quant au mécanisme des accidents primitifs, quel a-t-il été ? les renseignements nous manquent pour être précis à cet égard ; ces accidents sont-ils dus à l'asphyxie par submersion comme l'indique le certificat ou à l'empoisonnement par l'acide carbonique sous forte tension ou au dégagement de bulles d'azote décomprimé faisant irruption dans les vaisseaux, et de là dans le tissu médullaire ? J'incline de préférence vers cette dernière opinion, sans nier toutefois la participation d'un commencement d'asphyxie par submersion; cependant il y a dans la sensation d'étranglement autour du cou et dans la perte immédiatement après de la connaissance quelque chose d'insolite non observé chez les noyés rappelés à la vie, à moins d'avoir été saisi vigoureusement par des mains trop secourables.

La deuxième hypothèse se concilierait mieux avec la sensation d'étranglement autour du cou et la rupture de la collerette du scaphandre; il s'agirait en ce cas d'excès de compression; mais je n'en saisis pas le mécanisme, le corps ayant dû remonter aussitôt après l'accident, l'excès de compression n'a pu se produire.

Quant à la troisième hypothèse qui est celle à laquelle se rattache M. Paul Bert dans son traité de la pression barométrique, c'est celle qui me paraît le plus probable après lecture faite des observations contenues dans ce traité à propos des accidents dus à la décompression. L'état noir, enflé du visage, la perte de connaissance, le délire, la paraplégie, l'état de la vessie de notre malade se retrouvent souvent dans les faits recueillis par M. Paul Bert.

Mais ce que nous n'avons pas retrouvé dans ces observations, c'est l'ataxie locomotrice consécutive à ces accidents, même chez les malades qui ont été suivis; il est vrai que peu l'ont été. A l'exception d'une observation du docteur Sampadrinos d'Egine (page 425) ou

l'incoordination motrice est mentionnée, nous n'avons rien trouvé dans la riche collection de faits de ce volume; les détails d'autopsie constatent des hémorraghies médullaires diffuses et en foyer, mais siégeant partout sans siège de prédilection locale sauf la fréquence plus grande à la région lombaire.

Une thèse inaugurale de 1882, d'ailleurs bien faite, par le docteur Graingeon-Roset sur ce sujet, ne contient rien relativement à l'ataxie locomotrice ou aux lésions des faisceaux postérieurs. Une observation de Schultze publiée dans le tome XVIII de la *Revue des sciences médicales* est également muette à ce sujet. Nous n'avons donc pas trouvé une seule observation d'ataxie locomotrice consécutive à des décompressions brusques chez les scaphandriers.

Cette rareté étiologique nous a paru moins étonnante lorsque, par analogie éloignée, voulant examiner l'influence que pouvaient exercer sur la production de l'ataxie locomotrice, la foudre, l'électricité, les grandes commotions, la trépidation des moyens de transport, voire même les lésions traumatiques du crâne, du rachis ou de la moelle épinière neus n'avons trouvé aucune observations d'ataxie locomotrice rapportée à ces causes, même indirectement, à l'exception d'une observation de Lochart Clarke publiée dans le *British medical* du 15 juillet 1876, contenant la relation d'une ataxie locomotrice consécutive à une commotion, par chute d'un wagon de train en mouvement.

Dans ce cas, il y eut perte de connaissance, paraplégie, et le malade recommença à marcher au bout d'un mois, et, comme chez notre sujet, c'est à ce moment qu'apparurent les douleurs puis les autres symptômes de l'ataxie locomotrice.

Désireux de voir si les autres causes productrices de paraplégie pourraient avoir produit des ataxies locomotrices : l'asphyxie par submersion, les empoisonnements par oxyde de carbone, sulfure de carbone, mercure et phosphore, nous n'avons pas trouvé un seul cas; de même nous avons bien trouvé des paraplégies consécutives aux maladies infectieuses ou aux grandes pyrexies; mais nous n'avons trouvé aucune relation d'ataxie locomotrice reconnaissant de telles causes.

Abstraction faite du mal de Pott, de la syphilis, de l'ataxie saturnine (Raymond), du fait de Lockart Clarke et du nôtre, nous ne connaissons pas d'autre cas d'ataxie lomotrice de cause externe ou cosmique, il est bien entendu que nous ne discutons pas la question de l'influence de l'humidité. M. Vulpian parle cependant d'un amputé de la jambe qui devint consécutivement ataxique et chez qui les symptômes débutèrent par la jambe saine.

Vainement nous nous sommes demandé par quels privilèges les faisceaux postérieurs de la moelle échappaient aux diverses influences nocives qui portent si souvent leurs effets sur la substance grise ou les cordons blancs antéro-latéraux. Serait-ce dû à ce que les observateurs, préoccupés de faire ressortir dans leurs observations les symptômes de paraplégie, n'ont pas fixé leur attention sur les troubles par défaut de coordination? Serait-ce aussi, parce que faute d'autopsies ou d'examens micrographiques complets, ils ont hésité à produire des faits d'ataxie locomotrice de cet ordre?

Nous avons interrogé la pathologie expérimentale, et à la page 11 de son *Traité des maladies de la moelle*, M. le professeur Vulpian nous dit : « La cause de l'impuissance de la pathologie expérimentale, c'est l'impossibilité où elle est de déterminer une affection; elle ne produit qu'une lésion. Comment la pathologie expérimentale pourrait-elle nous donner la clef de la pathogénie de l'ataxie locomotrice lorsqu'elle ne peut reproduire la maladie. »

Nous avons relu le rapport des intéressantes expériences présentées à la Société de biologie, 9 juillet 1881, par MM. Blanchard et Regnard sur les animaux décomprimés subitement après avoir été comprimés à plusieurs atmosphères, mais nous n'y avons rien trouvé de particulier aux faisceaux ou racines postérieures non plus qu'à l'ataxie locomotrice. Seul le siège plus fréquent des lésions à la région lombaire doit être mentionné.

Nous vous prions, Messieurs, d'excuser la longueur des détails et des réflexions que nous avons l'honneur de vous avoir exposés, mais nous avons pensé que c'était surtout en présence des cas rares que la mention des moindres circonstances pouvait être de quelque valeur.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

Egypte. — Le 9 août, il a été constaté 55 décès cholériques au Caire, 246 dans la Haute-Egypte, 312 dans la Basse-Egypte, 7 dans l'isthme, dont 2 à Ismaïlia, 5 à Suez et 22 à Alexandrie. Les foyers les plus actifs de l'épidémie sont actuellement Minieh et Girgeh.

Le 10 août, le nombre des décès s'est élevé à 702 dans les provinces, 32 au Caire, où l'épidémie diminue rapidement, et 27 à Alexandrie, où elle augmente. Les mesures d'isolement n'ont donc fait que retarder la marche de la maladie. Dans cette ville, les deux foyers principaux sont le quartier de Guepeneh et les environs de la Marine.

Aux portes de la ville, dans le Béhérad, on comptait, le 9 août, 51 victimes, chiffre considérable, étant donné la population de cette région.

Dans le Charkieh, le nombre des victimes était de 295 à la même date; dans le Garbieh, de 105; dans le Fayoum, de 115; dans la province de Gizeh, de 71, et dans celle de Benisouef, de 54.

Le 11 août, on comptait 797 décès cholériques, dont 63 dans le Garbieh; 36 à Tantah, 114 dans le Charkieh et 41 à Zagazig, chef-lieu de cette monderieh, 14 à Damanhour, 19 à Rosette, 37 dans le Béhérad.

Dans la Haute-Egypte, la mortalité est toujours très élevée; on compte 87 décès dans la monderieh de Siout, 43 dans le Minieh, 109 dans le Fayoum, 65 dans celle de Gizeh et de Benisouef, et 78 à Girgeh.

Au Caire, on comptait 37 décès seulement; mais, à Alexandrie, le nombre s'en était élevé à 32.

Si l'épidémie diminue de violence au Caire, sa malignité devient plus grande dans les localités de la Haute-Egypte et à Alexandrie. Les trains du chemin de fer de la Haute-Egypte s'arrêtent à Ghizeh et les bateaux à vapeur qui descendent le Nil sont soumis à des visites sanitaires.

Au reste, on peut se faire une idée de la malignité de l'épidémie par les chiffres suivants. Sur 555 cholériques admis à l'hôpital de Kars-el-Aïn au Caire, 340 ont succombé, 178 sont guéris et 37 sont encore en traitement. La mortalité a donc été de 65 p. 100.

Ce n'est pas là un argument en faveur de la thèse diplomatico-médicale que soutiennent en Egypte les médecins officiels du gouvernement anglais. Il est vrai que, de par leur science ainsi mise au service de la politique, ils annoncent gravement que le fléau actuel d'Egypte n'est pas le choléra, c'est, paraît-il : « la maladie épidémique du Nil ». Après avoir mis en cause les carcasses d'animaux, les fruits avariés, les poissons mal salés du lac de Damiette, l'incurie et la malpropreté égyptiennes, voici les eaux du Nil qu'on décrète d'accusation.

Au milieu de ces désastres il manquait une note gaie ; à la médecine diplomatique appartient l'honneur de cette découverte !

En tout cas, les mesures sanitaires ne sont pas mieux acceptées des fonctionnaires anglais que des autorités indigènes. Le 10 août, à Alexandrie, la population a fait échec aux détachements de police commandés par les officiers anglais. On a dû appeler un régiment anglais pour protéger les ambulances et, pendant les mesures de désinfection des foyers cholériques, faire escorter par des soldats les délégués sanitaires. Premiers et singuliers résultats de l'administration civilisatrice de l'Angleterre en Egypte. De tels faits ne sont pas de nature à faire supprimer les quarantaines, par admiration pour la circulaire médico-administrative du *Foreign Office*.

En présence de l'augmentation du choléra à Alexandrie et du refus d'observer les conventions sanitaires internationales, les gouvernements de l'Europe auraient donc lieu d'aviser et de chercher une sanction à de tels actes. M. Bouchardat émettait dernièrement une telle opinion dans une savante leçon que publie la *Revue scientifique* (11 août 1883). Aussi, notre confrère le docteur Charles Richet, rédacteur en chef de ce journal, fait remarquer, avec quelque raison, que cette opinion est d'une valeur scientifique « quelque peu supérieure à celle des obscurs officiers de santé indigènes ou anglais de l'armée des Indes ».

Asie Mineure. — L'état sanitaire de Beyrouth ne s'améliore pas et chaque jour dans cette ville, on constate de un à deux décès cholériques. On a donc lieu de craindre l'invasion du Liban et de la Syrie par la maladie, malgré l'installation d'un cordon sanitaire autour de la ville.

A Rhodes, le délégué sanitaire ottoman procède à l'installation de baraquements et de deux cents tentes. Tel sera le camp sanitaire formant le nouveau lazaret. Enfin, des postes d'observation ont été établis sur la côte d'Afrique, à Bengazi, et un cordon sanitaire s'étend actuellement entre la mer Morte et Gaza.

Enfin on annonce la mise à l'étude d'un nouveau lazaret dans une île de l'Archipel. Cette proposition a été émise par le délégué français au conseil sanitaire de Constantinople.

C. E.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Médecins et Compagnies d'assurances contre les accidents.

La question des rapports des médecins avec les Compagnies d'assurances contre les accidents dans les usines mérite d'attirer l'attention, et on doit savoir gré à M. Bécourt de l'avoir soulevée dernièrement devant l'*Association des médecins du département du Nord.* Ces Compagnies rémunèrent en général le médecin à forfait, à raison de 3 ou de 6 francs par accident. Pour ce modique honorarium le médecin doit : 1° se rendre sur le lieu de l'accident et faire le premier pansement, quelle que soit la gravité de la blessure : plaie simple ou ligature d'artère ou bien même amputation ; — 2° dresser un certificat ; — 3° soigner le blessé, quand celui-ci peut se transporter à sa consultation ; 4° — délivrer un certificat après la guérison.

C'est là assurément une bien modique rémunération pour de multiples services. Pendant dix ans, M. Bécourt a lutté contre les exigences des Compagies. Il a succombé, dit-il, parce qu'on « lui a mis en main un marché honteux que d'autres ont accepté. » Certes, une telle situation n'est guère compatible avec la dignité médicale.

Il y avait donc lieu de mettre cette question à l'étude et de chercher par quels moyens l'Association médicale du département du Nord pourrait intervenir auprès des Compagnies.

Cette tentative de défense des intérêts professionnels mérite d'être encouragée, et, pour notre part, nous espérons que ces efforts seront heureux ; en tout cas, ils ne sauraient être inutiles en face d'une exploitation vraiment scandaleuse de nos honorables confrères. — L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er août. — Présidence de M. Guéniot.

Sommaire. — Présentations. — Rapport sur un travail intitulé : Contribution à l'histoire de l'influence du traumatisme sur le paludisme. — Rapport sur une observation intitulée : Coup de pied de cheval, rupture de l'intestin grêle sans lésion de la paroi abdominale, péritonite consécutive, laparotomie, résection et suture de l'intestin, mort au dixième jour. — Présentation de malade : Pleurésie purulente, ouverture spontanée par perforation de la paroi thoracique, résection des côtes, guérison par oblitération de la cavité pleurale.

M. Richelot présente, au nom de M. le docteur Bertin, de Gray (Haute-Saône), une observation intitulée : Abcès du rein après l'accouchement, néphrotomie, pleurésie intercurrente, guérison.

— M. Richelot lit un rapport sur un travail de M. le docteur Vieusse, chirurgien de l'hôpital militaire d'Oran, intitulé : Contribution pour servir à l'histoire de l'influence du traumatisme sur le paludisme.

Le mémoire de M. le docteur Vieusse contient cinq observations dont quatre, au moins, montrent de la manière la plus évidente l'influence du traumatisme sur le paludisme. Dans tous ces cas, on voit des accès intermittents se réveiller à la suite d'un traumatisme opératoire ou accidentel, et céder d'une manière complète à l'action du sulfate de quinine. Ce réveil a lieu même à la suite d'un traumatisme léger, parfois lorsque déjà un long temps s'est écoulé après la disparition des accès fébriles.

En somme, travail fort estimable et qui, s'il ne contient rien d'absolument nouveau, n'en mérite pas moins d'être encouragé.

M. Richelot propose : 1° d'adresser à l'auteur une lettre de remerciements; 2° de déposer honorablement son travail aux *Archives.* (Adopté.)

M. Verneuil fait remarquer que les observations relatives à l'influence du traumatisme sur le paludisme sont très loin d'être nombreuses; il n'en existe pas trace dans les livres classiques. Les observations de M. le docteur Vieusse sont donc précieuses; il serait à souhaiter que tous les médecins ou chirurgiens qui pratiquent dans les pays à fièvres intermittentes voulussent bien, comme lui, en colliger de semblables, afin d'élucider le problème intéressant qu'il s'agit de résoudre. M. Verneuil ne serait pas éloigné de croire que le cinquième fait de M. Vieusse, au sujet duquel M. Richelot a cru devoir

faire des réserves, est bien un cas de fièvre pernicieuse. Le malade est mort en trente-six heures, après un violent accès de fièvre. Or, on ne voit pas la pyohémie, ni la septicémie, ni le *choc* opératoire, tuer avec cette rapidité foudroyante. C'est ainsi, d'autre part, que l'on a vu plus d'une fois mourir les paludiques à la suite d'une opération.

— M. Berger fait un rapport sur une observation très intéressante et même unique, lue par M. le docteur Bouilly dans la séance du 18 juillet dernier et intitulée: coup de pied de cheval, rupture de l'intestin grêle sans lésion de la paroi abdominale, péritonite consécutive, laparotomie, résection et suture de l'intestin, mort au dixième jour après l'opération.

Le sujet de cette observation est un homme jeune et vigoureux qui reçut deux coups de pied de cheval dans la paroi abdominale, un peu au-dessus de l'ombilic. Renversé par le coup, il se releva aussitôt, en ressentant dans le ventre des douleurs très violentes.

Il est transporté quelques heures après à l'hôpital où l'on constate les signes d'une péritonite commençante. M. le docteur Bouilly le voit le lendemain matin et reconnaît les symptômes de la péritonite confirmée. Il pense qu'il s'agit d'une rupture de l'intestin.

Séance tenante, il pratique la laparotomie, dans le but d'aller à la recherche de la blessure intestinale et de pratiquer la suture de l'intestin, si c'est possible.

En déroulant l'intestin grêle à travers l'incision de la paroi abdominale, il constate sur cet intestin deux perforations à quelques centimètres de distance l'une de l'autre, avec congestion violente de l'anse intestinale et épanchement des matières autour de celle-ci.

En présence d'un double foyer de contusion et d'une double perforation, M. Bouilly se décide immédiatement à faire la résection de cette portion d'intestin, préalablement vidé, en y comprenant une portion lésée du mésentère; il applique ensuite une double série de points de suture, et, après avoir fait avec le plus grand soin la toilette du péritoine, il applique les deux bouts de l'intestin réunis derrière la paroi abdominale qu'il réunit à son tour.

Il donne à l'opéré de l'opium pour prévenir les contractions de l'intestin, du champagne et un peu d'eau-de-vie ou de rhum pour relever les forces. Le malade se trouve mieux à la suite de l'opération, mais la péritonite continue, bien que les symptômes aillent en décroissant.

Le lendemain et le jour suivant, l'amélioration fait des progrès et les forces se relèvent sensiblement.

Le troisième jour, il se produit une garde-robe très abondante par l'anus, mais, en même temps, la suture abdominale se rompt et les matières s'échappent par la plaie abdominale, par un véritable anus contre nature.

Malgré cet accident, au bout de huit jours, le malade allait bien. M. Bouilly voulut en profiter pour explorer l'orifice de l'anus anormal. Il le fit au moyen du doigt introduit avec une extrême douceur. Le soir même se manifestaient des douleurs extrêmement violentes et des vomissements, en un mot tous les signes d'une péritonite suraiguë qui emporta le malade en vingt-quatre heures.

A l'autopsie on constata les lésions de la péritonite généralisée. Les points de suture intestinale s'étaient relâchés, mais on put voir que l'union des deux bouts de l'intestin s'était maintenue par des adhérences dues à une péritonite locale adhésive. Il est très probable que l'exploration, même très ménagée, pratiquée par le chirurgien, avait détaché des adhérences encore faibles et provoqué l'épanchement des matières, cause d'une péritonite générale mortelle.

M. le rapporteur donne son approbation à l'intervention chirurgicale dont M. le docteur Bouilly a pris l'initiative dans ce cas très intéressant. Cette intervention est basée sur deux conditions: 1° le diagnostic posé avec certitude qu'il y a rupture de l'intestin et péritonite consécutive à cette perforation; 2° que ces accidents seront fatalement suivis de mort, si l'on n'intervient pas.

A l'égard de ce second point, M. le rapporteur croit devoir faire quelques réserves, les statistiques ayant montré que la guérison peut avoir lieu spontanément, quoique très exceptionnellement, à la suite d'une péritonite succédant à la rupture de l'intestin. Il est vrai que l'on peut toujours se demander, lorsque la guérison a lieu, s'il s'agissait bien réellement, dans ce cas, d'une rupture de l'intestin. Quoi qu'il en soit, tout en admettant la possibilité de la guérison spontanée, le chirurgien, vu que cette guérison est exceptionnelle, doit se conduire comme si toute rupture de l'intestin par contusion violente de l'abdomen devait fatalement aboutir à la mort. On est donc, suivant M. le rapporteur,

non seulement autorisé, mais encore moralement obligé d'agir comme a fait M. Bouilly dans cette circonstance.

Pour caractériser la péritonite par perforation de l'intestin et poser le diagnostic, on a donné comme signe le ballonnement du ventre ou météorisme ; mais l'observation a montré que ce signe pouvait manquer, le ventre pouvant ne pas être ballonné faute de gaz au moment de la rupture intestinale.

Suivant M. Berger, il n'est pas possible de confondre la perforation de l'intestin avec les ruptures du foie, de la rate, du rein ; seule la rupture de la vésicule biliaire pourrait être confondue avec la péritonite par perforation intestinale. Toutefois un diagnostic qu'il n'est pas possible de faire d'une manière complète est celui de la déchirure superficielle du foie avec épanchement de bile dans la cavité abdominale. On peut observer dans ce cas les mêmes phénomènes que dans la péritonite par rupture de l'intestin.

Dans le diagnostic de cette dernière affection, il faut tirer parti du siège du traumatisme. Des expériences cadavériques faites en 1875 par M. le docteur Longuet, il résulte que, pour qu'il y ait rupture de l'intestin grêle, il faut que l'action traumatique porte sur la ligne médiane, la colonne vertébrale étant le plan résistant sur lequel l'intestin appliqué par la violence extérieure vient se contusionner et se rompre. Il importe donc, pour le diagnostic, de tenir en ligne de compte les phénomènes commémoratifs ; mais il est facile de voir que le diagnostic des ruptures intestinales n'est pas aussi positif que le prétendent certains chirurgiens.

Quoi qu'il en soit, M. Bouilly est le premier qui, à la suite d'une contusion abdominale, ait ouvert le ventre, recherché le siège de la rupture de l'intestin, réséqué, suturé et réduit ce dernier.

Après quelques critiques de détail adressées à M. Bouilly au sujet du manuel opératoire dont il s'est servi dans le cas dont il s'agit, M. Berger aborde la question du régime des opérés, question capitale pour le succès des opérations de suture intestinale. Avec d'autres chirurgiens, et M. Bouilly en particulier, il pense qu'il ne faut rien donner aux malades, ni aliments ni boissons. On doit se contenter de calmer la soif au moyen de petits morceaux de glace qu'il faut leur recommander de laisser fondre dans la bouche. C'est avec raison que M. Bouilly attribue l'une des causes de la mort de son malade, à ce qu'il a été trop alimenté, cet excès d'alimentation ayant provoqué des contractions de l'intestin et, consécutivement, la rupture des points de suture. Il faut donc apporter une attention extrême à cette question du régime alimentaire des opérés, et ne procéder à cette alimentation qu'avec de grandes précautions et graduellement, quand on se sera assuré de la solidité des adhérences, c'est-à-dire vers le quinzième ou vingtième jour après l'opération.

Une seconde condition, non moins essentielle, est de s'abstenir complètement de toute exploration de l'anus contre nature au moyen des doigts ou des instruments. S'il survient des accidents il faut les laisser se débrouiller d'eux-mêmes, sans chercher à intervenir sous quelque prétexte que ce soit.

M. Bouilly est le premier à s'accuser d'avoir, par une exploration intempestive, chez son malade, compromis le succès d'une opération qui aurait pu, avec juste raison, compter parmi les plus beaux résultats de la thérapeutique chirurgicale.

En résumé, il s'agit là d'une observation remarquable et d'une tentative opératoire nouvelle, qui marque un véritable progrès, malgré l'insuccès définitif de l'opération.

M. le rapporteur propose en terminant : 1° d'adresser à l'auteur une lettre de remerciements ; 2° d'inscrire son nom, dans un rang très honorable, sur la liste des candidats à la place déclarée vacante de membre titulaire. (Adopté.)

M. Verneuil estime que l'entérorrhaphie totale constitue une mauvaise opération, extraordinairement longue et difficile, qui reste presque toujours forcément incomplète, quelque soin que mette le chirurgien à faire la suture des deux bouts de l'intestin ; il persiste, en outre, après l'opération, un rétrécissement parfois considérable au point suturé. Pour lui, il n'hésite pas à diviser la cure en deux temps : 1° cure de la blessure ; 2° cure de l'anus contre nature. Mieux vaut, suivant M. Verneuil, au lieu de l'entérorrhaphie, établir d'abord un anus contre nature que l'on cherchera ensuite à guérir par les procédés les mieux appropriés.

— M. le docteur Bouilly présente un malade chez lequel une pleurésie terminée par l'ouverture spontanée de la paroi thoracique avait laissé une fistule qu'on ne pouvait parvenir à fermer, malgré tous les moyens employés. M. Bouilly a tenté la résection des côtes pour obtenir l'affaissement de la paroi thoracique et l'effacement de la cavité pleurale (opération dite d'Estlander). Il a réséqué une portion de la sixième et de la septième

côtes gauches. Le résultat a été l'affaissement progressif de la paroi thoracique et l'oblitération de la cavité pleurale. Opéré le 29 août 1882, le malade était guéri le 23 décembre suivant. L'observation de M. Bouilly est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Richelot, Desprès et Berger, rapporteur.

— M. le Président annonce que la Société de chirurgie entre en vacances jusqu'au mercredi 3 octobre, jour où aura lieu la séance de rentrée. — A. T.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 3 au 9 août 1883. — — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 998. — Fièvre typhoïde, 37. — Variole, 4. — Rougeole, 30. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 24. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 49. — Phthisie pulmonaire, 185. — Autres tuberculoses, 12. — Autres affections générales, 64. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 37. — Bronchites aiguës, 22. — Pneumonie, 39. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 89; au sein et mixte, 42; — inconnues, 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 94; circulatoire, 56; respiratoire, 62; digestif, 43; génito-urinaire, 16; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulat. et muscles, 8. — Morts violentes, 38. — Causes non classées, 8.

Résumé de la 32e semaine. — La mortalité continue à être peu élevée à Paris. Le chiffre des décès notifiés au service de la statistique municipale du 3 au 9 inclus est de 998. Bien que ce nombre soit supérieur à celui du précédent septenaire (950), il est encore de beaucoup inférieur au chiffre moyen des décès constatés chaque semaine. Ce fait se reproduit presque tous les ans à la même époque. La moyenne des décès de la semaine correspondante des cinq dernières années est également de 998, soit 23.17 décès par an et par mille Parisiens de chaque groupe d'âge. Encore faut-il noter que cette proportion, calculée sur les résultats d'un recensement qui date de deux années, est évidemment trop forte, la population ayant dû s'accroître depuis 1881. En l'état actuel, il est malheureusement impossible d'évaluer avec quelque certitude le chiffre de cet accroissement.

En ce qui concerne les maladies épidémiques, on remarque un léger accroissement du nombre des décès dus à la Fièvre typhoïde (37 au lieu de 30 pendant la période précédente). Le nombre des admissions dans les hôpitaux, du 30 juillet au 5 août, du fait de cette maladie, est notablement plus élevé que celui de la période antérieure (132 au lieu de 98). il en est de même pour la Diphtérie (30 admissions au lieu de 19).

La Rougeole a produit aussi 8 décès de plus que la semaine (30 au lieu de 22). Les

autres maladies épidémiques sont stationnaires: Coqueluche, 13 décès; Croup, 24. Cependant le chiffre des décès dus à la Variole est descendu à 4: c'est le plus faible que nous ayons enregistré cette année. Le nombre des Varioleux admis dans les hôpitaux est également tombé de 23 à 12.

Les maladies saisonnières continuent à être assez rares. La Bronchite aiguë (22 décès au lieu de 17 et de 12), et la Pneumonie (39 au lieu de 43 et de 64) n'ont subi que des variations légères. L'Athrepsie a causé 136 décès au lieu de 114 et 131.

Le service de statistique a reçu notification de 387 mariages. Le nombre des naissances vivantes déclarées cette semaine est de 1,268 dont 941 légitimes, 329 illégitimes, 645 garçons et 623 filles. En outre 92 enfants, dont 65 légitimes, étaient morts-nés ou morts avant l'inscription.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

Les missions chargées d'étudier le choléra en Egypte. — La *mission française*, sous la direction de M. Strauss, médecin des hôpitaux de Paris et professeur agrégé à la Faculté, vient de s'embarquer pour l'Egypte sur le *Scamandre*. Nous exprimons tous nos sentiments de sympathie à son savant directeur. Cette mission comprend: MM. Strauss, Nocard (d'Alfort), Thuillier et Roux. Enfin un médecin de la marine, M. Mahé, lui a été adjoint.

La *mission allemande* est partie cette semaine pour Alexandrie; elle est dirigée par M. Koch, membre de l'Office sanitaire allemand, et a pour mission d'étudier l'origine, la nature, la marche du choléra et les mesures sanitaires à prendre pour prévenir l'extension de l'épidémie.

Société protectrice de l'enfance de Lyon. — *Prix à décerner en 1883.* — La Société met au concours la question suivante : De l'utilité de créer de petits établissements destinés à recevoir les enfants depuis leur sortie des crèches jusqu'à leur admission dans les salles d'asile. (Crèches de sevrage; salles d'asile du premier âge.)

Une médaille d'or sera décernée par la Société, dans la séance publique de 1884, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé à ce sujet. Les mémoires devront être adressés *franco*, avant le 31 janvier 1884, à M. le docteur Chappet, secrétaire général, 20, cours Morand. Ils porteront en tête une épigraphe qui sera répétée sur un pli cacheté et renfermant le nom et l'adresse de l'auteur. Les mémoires envoyés ne seront pas rendus.

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Depaul est autorisé à se faire suppléer, jusqu'au 31 octobre prochain, par M. Charpentier, agrégé.

Mission scientifique. — M. Jules Aronssohn (de Paris), professeur de chimie organique, est chargé d'une mission scientifique et médicale en Egypte.

Il devra étudier le choléra au point de vue étiologique, en même temps qu'au point de vue de la chimie physiologique et de la thérapeutique appliquée.

Concours. — Un concours s'ouvrira le lundi 7 janvier 1884 à l'Ecole du Val-de-Grâce, pour un emploi de professeur agrégé en médecine. Les médecins-majors de première et de deuxième classe seront seuls admis à prendre part au concours.

Les candidats adresseront au ministère de la guerre une demande qui devra, sous peine de rejet, être revêtue de l'avis motivé de leurs chefs. Cette demande sera transmise par la voie hiérarchique et devra être parvenue au ministère avant le 1er décembre 1883, terme de rigueur.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

BULLETIN

Académie des sciences. — Dans la séance du lundi 6 août, dont nous publierons samedi prochain l'analyse, nous tenons à signaler une note présentée à l'Institut par M. Vulpian au nom de M. le professeur Hayem. Cette note contient une revendication de priorité bien légitime contre les prétentions d'un de nos confrères italiens, M. Bizzozero, qui s'attribue la découverte des éléments auxquels M. Hayem a donné le nom d'hématoblastes, et du rôle exercé par eux sur le phénomène de la coagulation.

Cette usurpation offre un intérêt particulier : elle a valu à son auteur le grand prix Riberi (20,000 fr.), décerné par l'Académie royale de Turin. Quels que soient le talent de M. Bizzozero et l'autorité scientifique dont il jouit dans son pays, nous ne pouvons laisser un tel abus sans protestation.

La note de M. Hayem établit que ses recherches ont été communiquées dès l'année 1877. Le 7 janvier 1878, elles ont paru dans les *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*. Les *Archives de physiologie*, la *Gazette médicale*, etc., leur ont donné asile depuis cette époque. Les travaux présentés par l'auteur à la Société médicale des hôpitaux en 1881 et 1882, ont été publiés par l'*Union Médicale*.

C'est au mois de janvier 1882 que M. Bizzozero se donna la peine de découvrir ce qui était déjà connu depuis quatre années au moins, et mit au jour ses idées sur les « plaquettes du sang ». Les caractères de ces corpuscules ne sont autres que ceux des hématoblastes; leurs propriétés, leur rôle dans le phénomène de la coagulation, tels que les décrit l'auteur italien, ne diffèrent en rien de ce qu'ils sont dans les travaux de notre col-

FEUILLETON

L'hygiène publique et les mesures sanitaires au Caire en août 1883.

En d'autres temps, la question de l'hygiène publique du Caire n'aurait pour nous qu'un intérêt d'ordre tout didactique. Actuellement il en est autrement, et nous avons tout intérêt à connaître quelles sont les conditions sanitaires de cette ville et par quels efforts l'Angleterre entend les améliorer et empêcher l'acclimatation du choléra dans la vallée du Nil.

Au nombre des causes probables qui entretiennent la maladie au Caire et dans les villes d'Egypte, on signale l'usage musulman de laver les corps dans la maison des décédés avant leur transport au cimetière. Cette opération est pratiquée sans employer de désinfectants et sans observer aucune précaution sanitaire. Les autorités du Caire essayent d'en atténuer les dangers en prescrivant de recevoir les eaux polluées dans des barils qui sont transportés hors de la ville, vidés dans des trous profonds et désinfectés.

Ces manipulations, il faut en convenir, doivent singulièrement atténuer l'efficacité de la mesure; en tout cas, on a dû s'y résigner en présence de la résistance passive des musulmans.

La désinfection des maisons est très insuffisante, elle est confiée à des Arabes ou à des Barbarins. L'un d'eux entre dans le local contaminé avec un brasier sur lequel il a mis du soufre, parcourt rapidement la chambre et s'empresse de la quitter après y avoir projeté une poignée de chlorure de chaux. D'ailleurs les propriétaires se refusent à exé-

lègue. Un seul point sépare les deux savants : pour M. Bizzozero, les plaquettes sont des éléments non encore définis au point de vue histologique, tandis que M. Hayem les considère comme les premières formes des hématies chez l'adulte. L'auteur italien a donc le double tort de s'inspirer trop directement des travaux d'autrui et d'imprimer en même temps à la question un mouvement de recul.

M. Hayem, dans la même note, fait également justice du « troisième corpuscule du sang ou corpuscule invisible » du docteur Norris, que mistress Hart avait déjà réduit à néant. Nous avons donné (1883, t. I, p. 332) l'analyse du remarquable travail de mistress Hart.

M. Pasteur et le choléra. — Tant que la menace de l'épidémie égyptienne sera suspendue sur nos têtes, nous devrons accueillir volontiers les conseils et les réflexions de nos confrères sur la prophylaxie du terrible fléau. Nous donnons aujourd'hui la parole à M. le docteur Ch. Pellarin :

« Plusieurs journaux ont reproduit une lettre de M. Pasteur, où il fait connaître les instructions préservatrices données par lui aux membres de la mission française envoyée en Égypte pour étudier le choléra.

Les précautions à prendre que j'ai indiquées, écrit M. Pasteur, sont instituées dans cette hypothèse, que je considère comme très probable, sinon certaine, que le choléra ne pénètre pas dans l'organisme humain par les voies respiratoires, mais uniquement par les voies digestives, à moins de circonstances tout exceptionnelles.

« J'ignore sur quoi se fonde l'illustre savant pour émettre une telle opinion. Pour moi, d'après les circonstances dans lesquelles s'opère communément la transmission du choléra, je croirais plutôt que les voies respiratoires, bien plus souvent que les voies digestives, donnent entrée au principe cholérigène. Sans doute, il faut prendre garde de l'ingérer avec les boissons ou les aliments ; mais il importe bien plus encore de ne pas le laisser s'introduire par les voies de la respiration toujours ouvertes, et qui lui donnent un accès direct vers le liquide sanguin. De cette notion se déduit l'utilité des mesures de désinfection qui n'auraient presque plus d'objet, si les voies digestives étaient l'unique ou la principale porte d'entrée de l'agent contagieux.

« L'autorité si légitime acquise à M. Pasteur par ses belles découvertes,

---

cuter les travaux d'assainissement et les habitants expulsés de leurs habitations y rentrent quelques heures plus tard. C'est ainsi que, d'après les dépêches reçues ces jours derniers, en présence de l'insalubrité des bouges appartenant aux Walkfs, on a dû en brûler un certain nombre dans le faubourg de Boulacq. Ces mesures, par cela même qu'elles sont partielles, donnent de médiocres résultats. Il n'est donc pas étonnant que le docteur Makie ait déclaré à lord Granville que le seul moyen de désinfecter une ville d'Egypte est de la détruire. L'incendie des quartiers contaminés est en effet suivi d'une diminution de la morbidité.

Les inhumations, dans les cimetières musulmans, se font à fleur de terre et les tombes consistent dans une fosse profonde d'un mètre, revêtue de parois de briques et qu'on remplit de cadavres jusqu'au niveau du sol. On compte actuellement jusqu'à quatorze de ces corps dans une seule tombe, et au besoin on les ouvre quelques jours après l'inhumation pour y placer de nouveaux corps. Dans le but de diminuer ces causes d'infection, on a prescrit l'assainissement des cimetières de Saïda-Zenabet et de Bab-el-Mars.

L'état des voies publiques n'est pas encore amélioré. Les eaux ménagères stagnent et croupissent devant les maisons et on s'imagine facilement à quelles émanations délétères elles donnent lieu dans des ruelles si étroites, que trois hommes de front y circulent difficilement. Qu'on joigne à ces causes d'insalubrité, l'encombrement d'une population famélique, vivant de viandes de rebut et de fruits avariés, et on aura l'explication de ces nombreux foyers épidémiques qui se forment sans cesse, sur un terrain aussi favorable à leur renouvellement.

Une tentative d'assainissement plus heureuse, peut-être, est l'ouverture de la digue qui

fait qu'une opinion par lui émise, même sous la forme hypothétique, n'est point du tout chose indifférente. Elle peut entraîner de graves conséquences et faire abandonner des mesures essentielles de prophylaxie. S'il est vrai que le principe morbifique ne pénètre point par les voies respiratoires, à quoi bon désinfecter les voitures, les logements où des cholériques auront séjourné? Je voudrais donc voir, non pas un médecin obscur comme celui qui écrit ces lignes, mais des hommes haut placés dans la science et pouvant lutter d'influence avec M. Pasteur, protester contre son assertion, s'ils la jugent, comme moi, erronée et dangereuse. A l'appui de la doctrine ancienne de la pénétration des principes contagieux en général par la voie pulmonaire, je présenterai quelques brèves observations.

« Dans le choléra de Givet, en 1849, que j'ai particulièrement observé, les déjections du premier cholérique étaient jetées sur un fumier, dans une cour de la maison. Quatre personnes, dont les fenêtres donnaient sur cette cour, entre autres deux enfants qui avaient joué autour du fumier, furent prises du choléra dans la huitaine. Est-il présumable que ces personnes aient absorbé le miasme ou le microbe cholérigène par les voies digestives?

« Un de mes anciens camarades de la marine, le docteur Panaget, qui était alors médecin des épidémies de l'arrondissement de Brest, avait observé que les personnes qui passaient les nuits entières auprès des malades étaient souvent frappées, tandis qu'elles étaient relativement épargnées si, de temps à autre, elles allaient respirer l'air pur du dehors. Aussi recommandait-il cette précaution aux garde-malades et aux membres de la famille.

« J'ai rapporté autrefois (janvier 1850) comment deux époux, ayant couché sur un matelas dont ils avaient hérité d'un oncle, mort du choléra deux mois auparavant sur ce même matelas, avaient tous les deux contracté la maladie. Peut-on dire ici que l'élément toxique avait pénétré par les voies digestives?

« En refusant aux voies respiratoires le triste privilège d'admettre l'élément cholérique, pour l'attribuer seulement aux voies digestives, j'ose le dire avec toute la déférence due à son incomparable talent, peut-être M. Pasteur s'est-il montré un peu téméraire. » — L.-G. R.

---

retenait les eaux à l'entrée du canal Khalnig. On espère opérer ainsi le lavage de ce canal, dont le lit envasé et encombré d'immondices est l'origine, pendant les sécheresses, d'émanations malsaines. Cette opération a été faite le 6 août.

Les hôpitaux sont des foyers de contagion. Leur délabrement est complet, leurs salles sont mal entretenues; la literie insuffisante et le linge font défaut et ne sont pas renouvelés. Les cholériques manquent d'aliments appropriés à leur état de maladie; parmi ceux que le choléra épargnerait, beaucoup meurent, faute de nourriture.

Le matin et le soir on leur distribue du *chourba;* mais, malgré les affirmations des infirmiers, il est permis d'en douter avec le correspondant du *Temps*. Le chourba est du riz bouilli dans de l'eau, aliment qui ne convient guère à des malades. De plus, l'hôpital actuel de Kars-el-Ain ne possède pas de cuisine et pas de pharmacie. On doit aller chercher les aliments à l'ancien hôpital et les médicaments essentiels font défaut. On conduit à cet hôpital les individus qui, dans la rue, tombent atteints du choléra. Ils sont nombreux; aussi on les transporte dans des charrettes qui conduisent les morts aux cimetières.

Les administrateurs anglais de l'Egypte reprochent aux indigènes leur inertie et leur insouciance. Le délégué sanitaire britannique n'a même pas hésité à accuser ces conditions antihygiéniques et la malpropreté comme les causes efficientes de l'épidémie actuelle. C'est toujours les mêmes arguments mis à contribution pour défendre une même théorie et encore les mêmes errements. — En 1883, le gouvernement anglais cherche donc à tirer moralement profit de l'insalubrité des villes égyptiennes pour sauvegarder une responsabilité qui lui pèse, pour se justifier d'avoir réduit à l'impuissance les Commissions sanitaires internationales et d'avoir ouvert le chemin de l'Europe au choléra

Hôpital Bichat. — Service de M. F. Terrier.

Kyste du parovarium. — Trois ponctions sans succès. — Ovariotomie. — Guérison.

Mme Victor, née Désirée Fleury, demeurant à Paris, rue de Lancry, 34, couturière, âgée de 41 ans, m'est adressée, le 3 novembre 1881, par le docteur Schweich, et entre à la Salpêtrière.

Souvent malade dans son enfance, Mme V... fut réglée à 17 ans et se maria à 18 ans 1/2. Elle eut un enfant à 20 ans, enfant qui mourut assez vite d'une affection cérébrale (méningite?). Sa mère est morte tuberculeuse à 51 ans; son père est vivant et a 67 ans; trois sœurs sont bien portantes, une quatrième est morte jeune.

En 1870, Mme V... eut une varioloïde assez intense; depuis, les règles étaient assez irrégulières.

Il y a déjà fort longtemps que la malade avait remarqué le volume anormal de son ventre; toutefois, celui-ci ne prit un développement inquiétant que depuis quinze mois. L'augmentation du ventre était générale, sans altérer en quoi que ce soit les fonctions digestives et la santé; toutefois, Mme V... accusait des maux de reins, et le soir un peu d'œdème des malléoles.

Lors de l'entrée de la malade à la Salpêtrière, dans le service de chirurgie, l'abdomen offrait les dimensions suivantes: circonférence au niveau de l'ombilic, 117 centimètres; de l'appendice xyphoïde au pubis, 51 centimètres; de l'ombilic au pubis, 24 centimètres.

Le ventre est un peu asymétrique, plus développé à gauche qu'à droite; il n'existe ni vascularisation anormale des parois abdominales, ni œdème de la paroi; il y a un peu de saillie de l'ombilic.

La percussion fait reconnaître une matité très étendue, occupant l'hypogastre, la région ombilicale et une partie de l'épigastre sur la ligne médiane; latéralement cette matité se retrouve dans les deux fosses iliaques, dans l'hypochondre droit et dans les deux flancs.

Il n'y a de sonorité qu'en haut de la région épigastrique et dans l'hypochondre gauche. A droite, la matité du foie se confond avec celle de la tumeur abdominale.

En percutant légèrement l'abdomen, on perçoit très facilement le flot du liquide; ce flot se transmet parfaitement en tous sens, ce qui plaide en faveur d'un kyste uniloculaire.

Du reste, la palpation permet de sentir partout la fluctuation sans rencontrer de masses dures et bosselées, comme dans les tumeurs polykystiques.

---

indien. Eh bien, pas plus en ce qui concerne l'assainissement de l'Egypte que relativement à la prévention du choléra, l'Angleterre, maîtresse absolue de la terre des Pharaons, n'a plus le droit de déclarer qu'elle est désarmée pour empêcher le choléra d'élire domicile dans le Delta du Nil, comme sur les bords du Gange. Si les administrateurs anglais sont impuissants, tant pis pour leur honneur; il est des responsabilités que les conquérants ont plus de peine à porter que leurs belliqueux lauriers. — L. D.

Traitement de la contusion du genou. — Spillmann.

Placer le membre étendu dans une gouttière et l'y maintenir immobile. Si, par suite de l'accident, la jambe s'était placée en demi-flexion, il ne faudrait pas hésiter à la redresser. Le genou immobilisé dans sa gouttière sera couvert de compresses imbibées d'un mélange froid d'eau et d'eau-de-vie camphrée ou de teinture d'arnica. Un autre moyen de prévenir l'arthrite consiste à entourer l'articulation de bandelettes d'ouate, maintenues par des bandes roulées exerçant une pression douce et uniforme. — Si, malgré l'emploi de ces moyens simples, l'inflammation revêt un caractère d'acuité inquiétant, il y a lieu de recourir à la médication antiphlogistique. En cas d'épanchements séreux ou sanguins rebelles à ce traitement, on appliquerait de la teinture d'iode, des vésicatoires répétés et même des pointes de feu. — N. G.

Le toucher vaginal permet de constater la mobilité complète de l'utérus; cet organe est repoussé en arrière par la tumeur qui fait saillie du côté du cul-de-sac utéro-vésical. La miction est facile et peu fréquente; les urines normales, c'est-à-dire sans albumine ni sucre. 750 grammes en vingt-quatre heures.

Le diagnostic fut: kyste uniloculaire probablement parovarien.

La ponction fut faite le 8 novembre 1881 sur la ligne médiane et à l'aide de l'aspirateur Potain. On utilisa le plus gros trocart, ce qui permit d'évacuer assez vite 9 litres d'un liquide clair et limpide comme de l'eau pure. On avait donc affaire à un kyste du parovarium.

L'analyse de ce liquide fut faite par M. Bouillot, interne en pharmacie à l'hôpital Necker, et préparateur à la Faculté des sciences.

Voici la note qu'il a bien voulu me donner:

« Liquide clair et limpide ayant tout à fait l'aspect de l'eau.— Pas de dépôt après vingt-quatre heures de repos. Examen microscopique négatif. Densité, 1,013. Réaction fortement alcaline.

Eau.	987,80	p. 1000 gr.
Résidu sec.	12,20	—
Matières fixes (sels minéraux anhydres). .	10,40	—
Matières organiques.	1,80	—

Les sels minéraux anhydres, presque complètement solubles dans l'eau, sont constitués en grande partie par des chlorures. Un dosage m'a donné une quantité d'acide chlorhydrique correspondant à 7 gr. 40 de chlorure de sodium pour 1,000 gr. de liquide.

L'analyse qualitative permet de reconnaître la présence de phosphates, de carbonates et des traces de sulfates.

Enfin, il n'existe pas de traces de matières albuminoïdes. »

Les suites de la ponction furent des plus simples; Mme V... n'eut aucun accident. Notons, toutefois, que la quantité d'urine éliminée par vingt-quatre heures augmenta très notablement, car elle atteignit successivement 1 litre, un litre 1/2, et même une fois 2 litres.

Mme V... quitta la Salpêtrière le 17 novembre 1881. A cette date, on ne pouvait plus retrouver la moindre tumeur dans l'abdomen.

Cet état persista jusqu'en mars 1882. A cette époque, Mme V... s'aperçoit que son ventre grossit, en outre elle se plaint de nouveau des reins; d'ailleurs l'état général est excellent et les règles très normales. L'abdomen augmentant assez rapidement, Mme V... se décide à entrer dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine, le 31 mai 1882, pour y subir une nouvelle ponction.

Celle-ci, faite le 1er juin, permet de retirer 6 litres de liquide clair et limpide, comme celui qui a été déjà retiré il y a sept mois. Il n'y eut pas l'ombre d'incidents à la suite de cette petite opération, faite toujours sur la ligne médiane et avec l'aspirateur Potain; et la malade sortit le 3 juin, ne présentant plus de traces de sa tumeur abdominale.

Voici les résultats de l'analyse du liquide évacué, analyse faite par M. Bouillot:

Liquide limpide, presque incolore, alcalin, de 1,008 de densité.

Eau	981,60	p. 1,000 gr.
Résidu sec.	18,40	—
Matières fixes.	16,90	—
Matières organiques	1,50	—
avec des traces d'albumine.		
Chlorure de sodium	7,60	—

Vers la fin de janvier 1883, le kyste s'est de nouveau reproduit et Mme V... entre pour la troisième fois à l'hôpital (hôpital Bichat), pour se faire ponctionner.

Cette troisième ponction faite le 23 janvier 1883, donna issue à 5 litres 950 cc. de liquide, parfaitement limpide et toujours analogue à de l'eau pure.

Ce liquide fut encore analysé et voici les résultats de ce nouvel examen:

Liquide limpide, non visqueux, alcalin, d'une densité de 1,007. Il est facilement mousseux, mais ne contient pas d'albumine.

Eau.	989,30	p. 1,000 gr.
Résidu sec.	10,70	—
Matières organiques. . . .	2,80	—
— salines.	7,90	—

Ces matières salines sont très solubles et paraissent formées surtout de chlorure de sodium (7,629) et de phosphate de soude (0,171). Il n'y avait pas de traces de sulfates ni d'azotates.

Comme on le voit, les résultats de cette analyse se rapprochent considérablement de ceux qui ont été obtenus lors de la première et de la seconde analyse, c'est-à-dire il y a quatorze mois et sept mois; la densité est un peu moindre, 1,007 au lieu de 1,013 et 1,008, d'où une plus grande quantité d'eau, 989.30 au lieu de 987.80 et 981.60. Les sels inorganiques étaient presque en même quantité et surtout formés de chlorures alcalins (7 gr. 40, 7 gr. 60 et 7 gr. 629). Dans la seconde ponction seulement on a noté des traces d'albumine.

En résumé, malgré trois ponctions faites la seconde au bout de sept mois et la troisième après quatorze mois, le kyste se reproduisait toujours et on était obligé de l'évacuer tous les sept mois. Fatiguée de cet état stationnaire et sur mon conseil, Mme V... se décida à se faire opérer; c'est dans ce but qu'elle entre une seconde fois dans mon service de l'hôpital Bichat, le 9 avril 1883.

Depuis la dernière ponction, c'est-à-dire depuis environ deux mois et demi, le ventre avait recommencé à grossir d'une façon sensible. La circonférence au niveau de l'ombilic est de 117 centimètres, toutefois la paroi abdominale n'est pas distendue et le liquide se meut facilement dans la cavité kystique qui n'est pas revenue sur elle-même.

La fluctuation est très nette; la matité occupe l'hypogastre, l'ombilic et les deux fosses iliaques. Il y a de la sonorité dans les deux hypochondres et dans les flancs.

L'utérus est parfaitement mobile et les culs-de-sac vaginaux libres. Urines en quantité normale, pas de sucre ni d'albumine.

12 avril. Apparition des règles, en avance de cinq jours. Etat général excellent.

16 avril. Les règles sont terminées, elles ont été absolument normales, sans douleurs du côté des reins. Du reste, la malade a gardé le lit pendant toute la période menstruelle.

Opération le 19 avril 1883, avec l'aide de MM. Périer, Just Championnière et Berger.

La chloroformisation est un peu longue, elle est faite par notre collègue et ami M. Berger.

Incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane et longue de dix centimètres; le tissu cellulaire sous-cutané est abondamment chargé de graisse et offre une épaisseur de 5 à 6 centimètres. De nombreux vaisseaux sectionnés donnent assez de sang pour nécessiter l'application de pinces hémostatiques.

On arrive au tissu cellulaire sous-péritonéal qui, lui aussi, est très vasculaire et chargé de graisse.

Le péritoine ouvert, on découvre le kyste dont les parois sont flasques. Cette flaccidité de la paroi empêche de la ponctionner facilement avec le trocart muni de l'aspirateur; je préfère attirer le kyste au dehors à l'aide de pinces à kyste et l'ouvrir avec des ciseaux. — Il s'écoule ainsi environ 2 litres 1/2 d'un liquide absolument limpide et clair, identique à celui qu'on avait retiré dans les précédentes ponctions.

Le kyste vidé, il est très facilement attiré au dehors, car il n'y a pas trace d'adhérences pariétales ou épiploïques.

Le pédicule, situé près de l'ovaire droit, et très court, est lié à l'aide de deux ligatures en fil de soie et entrecroisées. Ces ligatures portent même sur l'ovaire qui est quelque peu réséqué.

Trois autres ligatures en soie sont ensuite placées, une sur le ligament rond, une sur la trompe qu'on excise, une troisième sur une adhérence celluleuse, se dirigeant vers la face postérieure de l'utérus.

Toilette péritonéale, suture de la paroi avec sept fils d'argent passant dans le péritoine. L'opération, faite d'après les règles de la méthode de Lister, a duré 37 minutes.

La malade se réveille facilement et n'a ni nausées, ni vomissements dus au chloroforme. Glace et champagne.

Le soir, quelques douleurs de reins, un peu de nausées. Une piqûre de morphine de 1/4 de centigramme. Urines normales. T. 37°6. Pouls 88. Glace et grog.

20. Matin. T. 37°4. Pouls 84. Nuit calme; pas de nausées ni de vomissements. Douleurs de reins; a un peu dormi dans le jour. — Soir. T. 37°6. Pouls 84. Un peu de somnolence. Glace, champagne. Eau de Vichy. Un vomissement à huit heures du soir.

21. Matin. T. 37°2. Pouls 80. Etat général très bon. Quelques douleurs dans le côté droit du ventre. Des gaz ont été rendus par l'anus hier soir et ce matin. Glace, lait, eau de Vichy. Le champagne et le grog sont mal supportés.— Soir. T. 38. Pouls 88°; la malade se trouve bien; pas de douleurs abdominales.

22. Bonne nuit, transpiration abondante. T. 37°1. Pouls 76. Quelques coliques lors de l'expulsion des gaz. — Soir. T. 38°. Pouls 82. Même état. Même régime.

23. Le pansement est enlevé et on retire quatre fils d'argent. L'abdomen est souple et absolument indolore au palper. T. 37°8. Pouls 76. Etat général excellent. — Soir. Même état. T. 38°4. Pouls 80.

24. Matin. T. 37°6. Pouls 72. — Soir 37°6. Etat parfait.

25. On enlève les trois derniers fils d'argent. La réunion est parfaite. T. 37°6. Pouls 80.

26 et 27. Même état. La malade peut se remuer dans son lit et en use largement.

Le 30, Mme V... est transportée dans le service de chirurgie. Ce transport détermine quelques douleurs du côté du pédicule. La malade se plaint de sueurs abondantes et fatigantes.

1er mai. Nuit un peu agitée avec sueurs gênantes. Toutefois l'état général est excellent.

2. Apparition sur le ventre et les cuisses d'un érythème phéniqué très désagréable à cause des démangeaisons qu'il détermine. Encore quelques douleurs dans la fosse iliaque droite, c'est-à-dire du côté du pédicule. La température est remontée hier soir à 38°.

3. Un peu de névralgie intercostale à droite calmée par une injection de morphine (1/4 de centigramme).

4. Toutes les douleurs de côté sont calmées.

5. La malade va très bien, a grand appétit et se lève aujourd'hui (dix-septième jour après l'opération).

8. Quelques vives douleurs se sont encore fait sentir dans la fosse iliaque droite. La malade a un peu de diarrhée, la température est normale, 37° le matin, 37°3 le soir. Diète relative, lactée.

9. Amélioration complète. Les sueurs ont disparu, la diarrhée est arrêtée.

12. Mme V... quitte l'hôpital très bien portante, mais encore faible.

26 mai. Mme V... revoit ses règles, qui durent quatre jours comme d'habitude, sans douleurs, sauf des maux de reins. La malade va de mieux en mieux, ses forces sont cependant un peu longues à revenir.

26 juin. Nouvelles règles, moins abondantes; le sang est très pâle.

12 juillet 1883. La malade se plaint de quelques petites douleurs à droite; l'état général est très bon; toutefois, les forces sont encore peu revenues.

La cicatrice, colorée en brun, est longue de 13 centimètres 1/2, située au-dessous de l'ombilic, et sans éventration.

Le kyste enlevé pesait 135 grammes; il offre le volume d'une tête d'adulte et présente une seule cavité dont la paroi interne est parfaitement lisse, sans traces de végétations.

Los parois de cette tumeur sont minces, ayant 3 millimètres d'épaisseur environ, peu vasculaires et tapissées extérieurement par le péritoine.

Au niveau du pédicule, la paroi kystique atteint 5 à 6 millimètres d'épaisseur, et paraît renfermer les éléments normaux de l'ovaire. On sait que le pédicule fut lié en plein tissu ovarien, au moins autant qu'il est permis de le juger sans examen histologique.

Cette observation offre un certain intérêt, en ce sens que, malgré le diagnostic très nettement établi de kyste parovarien, on a dû pratiquer l'ovariotomie pour guérir la malade.

Les ponctions successives n'ont absolument rien donné au point de vue thérapeutique; le liquide se reproduisait et, au bout de quelques mois, la tuméfaction du ventre redevenait appréciable.

Un point important à signaler, c'est que le liquide de la poche kystique s'est reproduit presque identique à lui-même, après chaque ponction; or, ce liquide est, on le sait, très différent de celui des kystes multiloculaires et des liquides séreux comme celui de l'ascite, en ce sens que ces divers liquides renferment de l'albumine en plus ou moins grande quantité.

Ici, pas d'albumine, et une énorme proportion de chlorures alcalins; ce qui place le liquide à côté des liquides hydatiques et le rapproche de celui qu'on peut recueillir daus l'hydrocèle enkystée de l'épididyme (Bouillot).

En fait, en présence de cette insuffisance de la ponction, insuffisance plus fréquente qu'on ne paraît le croire, on devait proposer l'injection iodée ou l'ovariotomie. Nous avons cru devoir recourir à cette dernière opération

qui n'offre guère plus de gravité que l'injection iodée, et qui au moins donne lieu à une guérison définitive.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

Egypte. — Le 12 août, le nombre des décès s'est élevé à 12 au Caire, à 926 dans les provinces et 22 à Alexandrie, dont 5 parmi les Européens. L'épidémie augmente dans les villages du Dakalieh, moudirieh dans lequel elle débutait en juin; mais elle sévit dans les campagnes, où la mortalité a été de 235 le 11 août, tandis qu'elle épargne maintenant les villes de Damiette, Mansourah, Samanoud et Zifteh, primitivement éprouvées. On constate aussi une nouvelle apparition du choléra dans le moudirieh de Gizeh.

Le 13 août, la mortalité dans les provinces est de 409. Cette différence avec les chiffres des décès du 12 août tient vraisemblablement aux irrégularités de l'enregistrement des déclarations. En tout cas, à Alexandrie, l'épidémie augmente et le nombre des décès s'y élève, à cette date, à 42. — C. E.

BIBLIOTHÈQUE

Traité pratique de l'art des accouchements, par Delore et Lutaud.

Savy, libraire, 77, boulevard Saint-Germain.

Nos savants confrères ont publié ce livre « avec l'espoir qu'il tiendrait place entre les traités d'accouchements présentant des développements considérables et les simples manuels ».

« Ils ont cherché à faire un traité élémentaire, peu volumineux, complet mais condensé, et se sont efforcés d'exposer non seulement les notions théoriques que l'étudiant doit posséder au moment de ses examens, mais encore et surtout celles qu'il doit avoir présentes à l'esprit dans la pratique, alors qu'il est éloigné de l'école, et abandonné à ses propres ressources, en face d'un grave problème à résoudre. L'insuffisance, si fréquente malheureusement, des connaissances obstétricales chez le jeune médecin, amène souvent au début des insuccès, qui sont pour lui la source de déboires. On ne saurait donc trop chercher à vulgariser l'étude d'une branche aussi utile de notre art. »

Ainsi s'expriment MM. Delore et Lutaud, dans une préface qui, comme on voit, promet beaucoup, et si, dans le livre, toutes les promesses ne sont pas tenues, il faut s'en prendre aux grandes difficultés du programme. Faire un livre est toujours chose peu aisée, même pour des hommes d'une érudition et d'une expérience clinique comparables à celles du professeur de Lyon et de son distingué collaborateur; mais faire un livre « élémentaire et complet », « condensé et clair » est tâche bien plus difficile encore.

Rendons tout d'abord cette justice aux auteurs de dire qu'ils ont cherché à faire un livre et ne se sont pas bornés à une compilation. Ce n'est pas un livre qu'on fait, quand après avoir pris arrangement avec un libraire pour qu'il vous fournisse tous les *documents* publiés en France et à l'étranger, et avoir soigneusement classé durant une dizaine d'années tous ces volumes, toutes ces thèses, monographies et articles de journaux, on les réunit en un pesant in-folio que l'on décore du nom de traité. On se rend peut-être service à soi-même, on contente les amateurs de bibliographie quand on a pris soin de citer toujours exactement, on diminue la besogne des chercheurs de documents pour les thèses de concours, mais on ne rend service ni à l'étudiant, ni au praticien.

MM. Delore et Lutaud distinguent « les notions théoriques nécessaires aux examens, de celles qui doivent être présentes à l'esprit dans la pratique et se sont efforcés de donner large place à ces dernières. »

On ne saurait trop les en louer. Il est, en effet, dans la science obstétricale, si précise dans sa partie mécanique, un certain nombre de notions théoriques sans lesquelles la pratique n'est pas possible. Ce n'est pas que la pratique ne diffère de la théorie, elle en diffère même considérablement; mais on ne saurait être bon accoucheur, si l'on ne possède pas la théorie du mécanisme de l'accouchement. En voulez-vous une preuve : une femme est en travail, l'enfant se présente en OIDP, la rotation ne se fait pas. Trois ou quatre vieux praticiens font des applications réitérées de forceps; mais ils l'appliquent directement, et leurs efforts n'aboutissent qu'à enclaver la tête. Survient un docteur frais émoulu de l'Ecole qui, sur quantité de points, n'a pas la dixième partie de l'expé-

rience de ses confrères, mais il sait que le forceps doit être dans ce cas appliqué obliquement. Il fait cette application oblique, délivre la femme, et le voilà passé maître.

Nos honorables confrères nous donnent des détails fort intéressants sur la traction, la compression, la réduction par le forceps. Cela est bon pour l'érudit, mais ne servira ni à l'étudiant ni au praticien. Dans un examen, en effet, entre les notions indispensables au médecin, on n'a que l'embarras du choix, et il devrait toujours sembler répréhensible de poser des questions dont la solution n'a qn'un intérêt scientifique, à un candidat qui, demain peut-être, aura entre les mains la vie d'une femme ou d'un enfant. Quant au praticien, dès qu'il a été aux prises avec la responsabilité, il sent ce qui lui manque, et tout ce qu'il demande c'est un bon livre au moyen duquel il puisse se mettre vite au courant de tout ce que l'insouciance de la vie d'étudiant, et souvent aussi l'insuffisance de l'enseignement, lui ont fait négliger.

Ce n'est donc ni les calculs des savants sur la force manuelle et instrumentale, sur la diminution par compression des diamètres de la tête fœtale, qui intéressent le praticien. C'est la manière d'appliquer le forceps. Deux ou trois faits lui ont appris que la réputation d'habile accoucheur est un élément de succès dans la clientèle. Il veut apprendre et se pose cette question: Si l'occiput est tourné en arrière vers l'une des deux symphyses sacro-iliaques, en OIDP ou OIGP, comment placerai-je les branches de mon instrument?

Il ouvre le traité de MM. Delore et Lutaud, au chapître forceps, au paragraphe manuel opératoire et trouve un alinéa intitulé: *la tête est obliquement placée dans le milieu du vagin.* Ce qu'il cherche doit être là. En effet, les auteurs disent: « Quand l'occiput regarde à gauche et en avant, la branche gauche est placée la première; mais si l'occiput regarde en avant et à droite, il faut placer la branche droite la première, car l'expérience démontre qu'il suffit souvent d'introduire la première branche pour compléter la rotation. » Notre praticien s'arrête à cette raison; il sait par quelle branche il commencera quand l'occiput est en avant, à gauche ou à droite, et il conclut du rôle dévolu à la première branche qu'on doit appliquer les forceps directement; mais *si la rotation ne se complète pas,* faut-il appliquer l'instrument de la même façon? N'est-il pas rationnel de faire une application oblique, sur une tête obliquement située. Alors, comment s'y prendre? Où mettre la première branche? A quels signes l'opérateur reconnaît-il que cette branche est convenablement placée? Est-ce que les manches de l'instrument n'ont pas une direction différente de celle qu'ils ont quand l'application est directe? Et la seconde branche? Par quel mouvement difficile, par quel tour de maître, pour me servir d'une expression heureusement empruntée par M. Charpentier à la chirurgie, cette seconde branche arrive-t-elle à sa place définitive? Et si l'occiput est en arrière, à droite ou à gauche, au lieu d'être en avant, par quelle branche faut-il commencer? Est-ce que dans cette circonstance encore, l'introduction de la première cuiller complète souvent la rotation? Et si elle ne la complète pas? Autant de lacunes qui mettent le lecteur dans un cruel embarras. Nous regrettons que nos distingués confrères se soient écartés de leur excellent programme: être élémentaire et complet.

Nous les voyons avec plaisir rappeler que, suivant les anciens auteurs français, le col de l'utérus prend part, pendant la grossesse, à l'ampliation de l'utérus. Nous comprenons qu'ils n'aient pas voulu entrer à ce sujet dans des détails circonstanciés; mais il est bon que nos traités d'obstétrique revendiquent pour la France les prétendues découvertes de Braun, Bandl et Martin. Les idées de Mme Boivin, la vieille théorie de la ficelle qui se déroule imaginée par Velpeau, celle du magasin de fibres de Petit, jetées dans l'oubli par une confusion du professeur Stoltz qui eut le tort de ne pas distinguer la portion sus-vaginale du col de la portion sous-vaginale, ont été reprises et exploitées par l'étranger. Les Allemands ont prouvé, pièces en main, que les conjectures des vieux maîtres de l'obstétrique française étaient vraies.

L'art est difficile, et il n'y a pas d'œuvre sans défaut. Si nous nous sommes permis de présenter quelques critiques au travail des deux savants auteurs de ce traité, le lecteur n'en trouvera pas moins dans ce livre succinct d'excellents préceptes, dignes d'être retenus et médités.

Dr STAPFER.

CORRESPONDANCE

Toulouse, juillet 1883.

Monsieur le rédacteur en chef,

En présence de l'épidémie meurtrière qui sévit en Egypte et qui, loin d'être en voie de décroissance, menace d'envahir rapidement l'Europe, n'est-il pas du devoir de chaque médecin de signaler les médications qui lui paraissent le plus propres à combattre la maladie?

Mû par cette pensée, nous n'avons pas hésité un seul instant à nous adresser à l'*Union Médicale,* dont la publicité est si considérable, pour lui soumettre les faits suivants :

Nous trouvant à Marseille en juin 1874, nous avons eu l'occasion d'observer et de traiter deux malades atteints de choléra sporadique, comme il s'en présente annuellement dans cette ville. Chez l'un des sujets surtout, jeune homme de 25 ans à forte constitution, les manifestations morbides revêtirent d'emblée un cachet particulier de gravité.

Le mal débuta à trois heures du matin par des vomissements incessants et une diarrhée très abondante. A cinq heures, on vint nous chercher. Le facies était déjà très altéré; les traits tirés, les lèvres cyanosées, la peau froide, la parole entrecoupée; des crampes horriblement douloureuses se faisaient sentir dans les mollets; il y avait rétraction des orteils, qui étaient violacés. Cet état d'algidité s'était produit dans l'espace de deux heures. Redoutant l'insuccès des médications usuelles contre un mal si intense, nous eûmes l'idée de pratiquer des *injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine,* avec l'intention formelle de les répéter jusqu'à cessation des vomissements et de la diarrhée.

Nous fîmes, séance tenante, une première injection de 1 centigramme 1/2 dans la région épigastrique, et nous conseillâmes l'usage de petits fragments de glace qu'on laisserait fondre dans la bouche pour calmer la soif. Le malade ne s'endormit pas, mais les vomissements et les selles furent suspendus pour quelques instants. Une heure après, ils reparaissaient; nous attendîmes un peu; puis, comme l'algidité persistait, une seconde injection de 1 centigramme 1/2 fut faite.

Cette fois, le malade s'assoupit et se réveilla seulement au bout d'une heure, n'ayant plus que quelques envies de vomir. En même temps, la chaleur revenait à la périphérie; pour établir définitivement la réaction, nous crûmes bon de pratiquer une troisième injection de 1 centigramme 1/2; en tout, 4 centigrammes 1/2 en l'espace de trois heures. Dès lors, la guérison fut assurée; la convalescence fut courte; au bout de quatre ou cinq jours, notre cholérique pouvait reprendre ses occupations.

Pour le second malade, l'atteinte fut plus légère. Cependant nous constatâmes encore outre les vomissements et la diarrhée, le froid périphérique, les crampes dans les mollets. Une seule injection de 1 centigramme 1/2 suffit pour opérer le rétablissement.

En signalant ces faits, nous avons voulu seulement attirer l'attention sur une médication qui, sans avoir la prétention de juguler le choléra épidémique (dont la malignité est sans contredit beaucoup plus considérable que celle du choléra sporadique), pourra se montrer efficace dans les cas de moyenne intensité.

Au reste, les injections hypodermiques répétées ne constituent-elles pas une thérapeutique tout à fait rationnelle? L'estomac rejette toute espèce de boissons, de potions; l'intestin ne garde pas les lavements dans la période algide. Le médecin se trouve donc, dès le principe, privé des voies naturelles d'absorption; s'il cherche à faire pénétrer quand même quelques remèdes par la muqueuse stomacale ou intestinale (ce sera le plus souvent du laudanum), il perd un temps précieux; tandis que le médicament sera rejeté, la maladie fera des progrès rapides.

Quelle que soit l'idée que l'on se fasse de la nature intime du choléra, il est certain que c'est sous l'influence d'un réflexe produit par l'agent morbide qu'ont lieu les phénomènes primordiaux, les vomissements, les selles, d'où découlent l'algidité, le sang poisseux, l'asphyxie, etc. L'injection de morphine, en supprimant ce réflexe, s'oppose aux premiers effets du mal, sans en détruire pour cela la cause, mais elle empêche que les forces du malade ne s'épuisent immédiatement et ménage, par conséquent, sa résistance vitale.

Depuis l'année 1874, nous n'avons pas vu un seul cas de choléra, et nous n'avons pu poursuivre notre expérimentation. Il serait, croyons-nous, opportun de faire l'essai sur une vaste échelle des injections hypodermiques répétées. Le principal reproche qu'on puisse faire à la méthode, c'est d'exiger une grande assiduité de la part du médecin, qui doit

pour ainsi dire suivre le malade heure par heure, et graduer les doses de morphine suivant l'état du sujet.

Veuillez agréer, etc.

Dr F. BENOIT.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 août 1883 — Présidence de M BOULEY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre du commerce informe l'Académie que, par arrêté en date du 8 courant, il a approuvé les propositions de récompense présentées par l'Académie pour le service des vaccinations pendant l'année 1881.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note de M. le docteur Perrodut, de Montmorency, sur le traitement du choléra.

2° Une note de M. le docteur Léon Daille (d'Auxerre) relative à la toxicologie de la cantharidine. (Présenté en séance par M. Chatin.)

—

M. Armand GAUTIER donne lecture du rapport sur le prix Henri Buignet.—Les conclusions de ce rapport seront lues en comité secret.

M. GAUTIER lit ensuite une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources minérales. Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

—

M. BURCQ lit un travail intitulé: *Du cuivre contre le choléra au point de vue prophylactique et curatif.*

L'auteur partant de ce fait, qu'il croit démontré, « que tous les individus que leur profession, leur cohabitation ou le simple voisinage d'industries à cuivre expose à subir journellement une imprégnation cuprique, jouissent *généralement*, par rapport au choléra, d'une immunité proportionnelle à cette imprégnation acquise au moment même où sévit le fléau, propose, comme traitement de la maladie, l'application externe du cuivre, la combustion à domicile du bichlorure de cuivre dans les lampes à alcool et l'usage quotidien d'une préparation de bioxyde de cuivre à dose progressive depuis 1 centigramme jusqu'à 6 centigrammes en deux fois dans la journée, ou bien un quart de lavement, matin et soir, à l'eau tiède contenant de 5 à 20 centigrammes de sulfate de cuivre suivant les âges. » (Com. MM. Wurtz, Bergeron, Bouley.)

M. LARREY, désigné nominativement dans le mémoire de M. Burcq comme ayant expérimenté avec succès le cuivre contre le choléra, demande la parole pour rectifier l'affirmation de M. Burcq et déclarer qu'il n'a à ce sujet aucune expérience personnelle. Seulement, il est à sa connaissance qu'un médecin de Paris, le docteur Méray, fit en 1832, pendant le choléra, des applications nombreuses de cuivre dans sa pratique et que, depuis cette époque, il attachait une grande importance à l'emploi du cuivre contre les accidents cholériques.

—

M. le docteur MOURA donne lecture du complément des quatre mémoires qu'il a déjà lus à l'Académie sur l'*anche vocale,* ou *crico-glottique de l'homme.*

M. Moura compare l'organe vocal de l'homme à un basson, et la partie de cet organe comprise entre le bord supéro-antérieur du cricoïde et le bord libre de la glotte, représente pour lui l'anche vocale. L'auteur donne ensuite les résultats que lui a fournis la mensuration de cette anche dans les deux sexes. (Com. MM. Verneuil, Proust et Cusco.)

VARIÉTÉS

Exposition internationale d'électricité, Vienne, 1883.

Depuis quelques semaines les travaux préparatoires pour l'exposition internationale d'électricité ont pris une grande activité, et les voûtes ordinairement silencieuses de la

rotonde retentissent maintenant du bruit continuel des outils et des instruments divers que manient des centaines de mains actives.

Ce sont surtout les travaux de maçonnerie et de construction qui, par leur importance, méritent d'être mentionnés aujourd'hui. — Tandis que les travaux d'installation pour le théâtre, les deux restaurants, les intérieurs d'appartements, les divers pavillons, les salles d'audition des téléphones et le cabinet de lecture sont en voie d'exécution sous la direction de l'architecte, M. Alex. Décisy, les fondations pour les machines à vapeur s'effectuent sous la direction de M. le professeur Joseph Péchan, de l'ingénieur M. Guill Helmsky et des entrepreneurs MM. Frauenfeld et Berghof. A la grande cheminée, qui exigea 700 mètres cubes de maçonnerie, se rattache le bâtiment des chaudières avec deux ailes à angle droit de 64 mètres de longueur chacune; ce bâtiment, qui sera relié à la galerie des machines, couvrira une surface de maçonnerie de 2,250 mètres carrés.

La totalité des travaux sur sol dans les galeries et le bâtiment des chaudières s'élève à 2,000 mètres cubes ; 250 mètres carrés reviennent à la maçonnerie du bâtiment des chaudières et à leurs tirages, 150 mètres carrés aux fondations pour 14 machines à vapeur stables, 150 mètres carrés aux fondations pour 22 moteurs à vapeur (locomobiles et demi-locomobiles), 1,200 mètres carrés aux fondations pour des machines à vapeur stables et 8 machines à gaz de la force de 1,200 chevaux pour le service des dynamos et diverses autres installations, donc en tout environ 3,350 mètres carrés de maçonnerie, terminée en grande partie et dont le reste sera complètement achevé ces jours-ci. Les envois commencent déjà à arriver de toutes les parties du monde, et bientôt chaudières, machines et autres objets prendront la place qui leur est préparée.

COURRIER

Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* Lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

Administration générale de l'Assistance publique a Paris. — *Avis important.* — Aux termes du règlement sur le service de santé, les étudiants en médecine qui désirent prendre part au concours pour les places d'externes, sont tenus de produire, indépendamment des autres pièces exigées un certificat de vaccine.

MM. les candidats sont prévenus, qu'à l'avenir et pour le concours qui doit s'ouvrir le 9 octobre prochain, cette pièce devra être remplacée par un *certificat de revaccination* dûment légalisé et portant une date récente.

Ecole du Val-de-Grace. — Le lundi 7 janvier 1884, un concours s'ouvrira pour un emploi de professeur agrégé en médecine, entre les médecins-majors de 1re et de 2e classe qui se feront inscrire par voie hiérarchique avant le 1er décembre 1883, terme de rigueur.

Nomination. — Par arrêté de M. le préfet de la Seine, M. le docteur Sévestre, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, est nommé médecin du collège Chaptal, en remplacement de M. le docteur Archambault.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Boy (de Pamiers). Notre jeune confrère a succombé aux suites d'une variole contractée en soignant ses malades.

— Nous apprenons également la mort de M. le docteur Charles Roquette, décédé à Nantes le 30 juillet, et celle de M. le docteur Dumez (de Saint-Dyé-sur-Loire).

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Du muguet de la gorge dans la fièvre typhoïde.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 11 mai 1883,

Par M. DUGUET, professeur agrégé à la Faculté de médecine,
médecin de l'hôpital Lariboisière.

Un malade âgé de 38 ans, cocher, entre dans mon service (hôpital Lariboisière, salle Saint-Vincent, n° 3) le 24 février dernier, pour une fièvre typhoïde datant de huit jours environ. Né en Auvergne, il habite Paris depuis quatre ans, mais d'une façon intermittente. Il vient y travailler durant l'hiver seulement, et s'en retourne chaque année pendant l'été dans son pays, où il s'occupe à cultiver la terre, près de sa femme et de ses enfants.

A son entrée, l'abattement, la pâleur du visage, les épistaxis, la céphalalgie, les insomnies avec cauchemars dont il se plaint, l'anorexie, la soif, son haleine fétide, sa langue couverte d'un enduit grisâtre, la diarrhée abondante et fétide depuis deux jours, le météorisme abdominal avec gargouillement à droite, les taches rosées, les râles sibilants, la peau sèche et chaude (39°9) ne permettent pas d'hésiter sur le diagnostic.

Le 26, une épistaxis abondante nécessite une injection sous-cutanée d'ergotine; l'isthme du gosier présente ce jour-là une rougeur assez intense.

Le 2 mars, on remarque un grand nombre de taches rosées. La prostration du malade est accrue par l'idée de se sentir malade, seul, à l'hôpital et loin de sa famille.

Le 5, il se plaint d'une grande sécheresse avec chaleur de la gorge; il avale difficilement; son haleine est aigrelette. L'examen de la bouche et de la gorge fait alors constater les particularités suivantes :

Toute la portion molle du palais est tapissée par une plaque d'un blanc

---

FEUILLETON

CAUSERIES

Tout est fermé à la Faculté, cours, laboratoires, examens, bibliothèque; les journaux de médecine sont classés dans leurs petits compartiments, à l'abri de tout regard indiscret, et le chroniqueur aux abois en est réduit à faire appel à ses souvenirs et à ses lectures antérieures pour remplir les colonnes de son rez-de-chaussée. Heureusement ce ne sont pas les choses intéressantes qui manquent.

Une question qui sera toujours d'actualité au mois d'août, c'est celle du séjour au bord de la mer. Nous empruntons à ce propos aux « Notes et Impressions » de la *Revue politique et littéraire* un passage qui peut être considéré comme la physiologie pathologique de la station balnéaire maritime.

« Quand donc comprendra-t-on que ce qui attire dans un endroit éloigne dans un autre ? N'est-ce pas là le mal de la crise que traversent actuellement les bains de mer ? Les directeurs de sociétés balnéaires ont fait un mauvais raisonnement. Ils se sont dit que puisque Trouville avait tant de succès, il fallait faire d'autres Trouvilles. Ils se sont mis à l'œuvre et, société au capital de plusieurs millions, ont créé des Trouvilles, élevé des hôtels monstres et couvert Paris d'affiches et de boniments.

Aussi qu'est-il arrivé à ces plages de famille qui ne voulurent plus être des plages de famille ? Leurs allures tapageuses, qui d'ailleurs leur seyaient fort mal, leur ont fait perdre la clientèle de leurs habitués, et la clientèle genre Trouville, trois cent soixante

grisâtre pour ainsi dire uniforme, peu épaisse, engaînant presque complètement la luette et envahissant une grande partie des piliers antérieurs. Sur les confins de cette plaque on aperçoit des îlots, des grains blanchâtres disséminés, plus ou moins reliés à la nappe principale, lui formant une bordure festonnée et très régulièrement limitée. Cette plaque repose sur une muqueuse d'un rouge vif. Les amygdales, les piliers postérieurs et la paroi postérieure du pharynx n'en sont nullement couverts; il en est de même des joues, des lèvres et de la langue, dont l'enduit grisâtre et desséché ne présente aucun point, aucun îlot blanchâtre. Point d'engorgement des ganglions cervicaux. Le papier bleu de tournesol rougit au contact de la muqueuse buccale.

Séance tenante, une partie de la couche crémeuse qui recouvre le voile du palais est enlevée et placée sous le champ du microscope; et, sans le secours d'aucun réactif, on reconnaît facilement la présence des tubes et des spores en grand nombre absolument caractéristiques de l'*oïdium albicans*. Il s'agissait donc là d'un muguet confluent développé primitivement à l'isthme du gosier, et limité exactement au voile du palais et à ses piliers. Grâce aux badigeonnages fréquents avec le miel rosat boraté, et aux lavages à l'eau de Vichy, le voile du palais et ses piliers furent débarrassés en moins de cinq jours, et les applications locales supprimées; mais, deux jours après, le muguet reparaissait sur les piliers antérieurs; on recourait au même traitement local, et toute trace de muguet disparaissait de nouveau en deux jours.

Le 18, le malade, dont la fièvre suivait une marche très régulière, est pris d'un point de pneumonie. Dès le lendemain, réapparition du muguet sous la forme d'un semis blanchâtre disséminé sur les piliers antérieurs, à la face antérieure de la luette, à la face interne des joues et sur les bords de la langue. En trois jours, les applications alcalines ont de nouveau balayé le muguet, et, quelques jours après, le malade est définitivement guéri de sa fièvre typhoïde et de ses complications.

Le 17 février, entrait dans ma salle un jeune homme de 28 ans, avec tous les signes d'une fièvre typhoïde ataxo-adynamique au septième jour environ. C'était un forgeron, né en Franche-Comté, habitant Paris depuis

---

chambres dans chaque hôtel avec leurs ascenseurs l'attendent encore. Tandis qu'autrefois, quand une famille s'était plu dans une station de bains de mer quelconque, il était rare qu'elle n'embouchât pas la trompette de la reconnaissance et n'entraînât derrière elle, la saison suivante, le ban et l'arrière-ban de ses connaissances. Elle recommandait son bain de mer *urbi et orbi* et, par ses récits paradisiaques, enflammait les plus tièdes. On voyait quelquefois même des dames du meilleur monde se métamorphoser en directrices d'agence de location. On venait chez elles aux renseignements.

— Excusez-moi, madame, de me présenter chez vous sans avoir l'honneur de vous connaître, mais j'ai appris que vous aviez passé la saison dernière à X.-les-Bains... — Parfaitement, je suis trop heureuse..., et patati patata.

La dame qui a tellement envie d'aller à X.-les-Bains fait subir à la dame qui s'y est tellement plu un véritable interrogatoire de juge d'instruction.

— La plage? Splendide. Unie. Pas un galet. On n'a même pas besoin de surveiller les enfants.

— La vie? L'âge d'or. La viande à quatorze sous, le beurre à vingt-quatre. Je suis honteuse, madame, d'entrer dans ces détails.

— Je vous en prie, madame.

— Pas un sou d'argent de poche à dépenser. Il n'y a comme boutiques qu'une épicerie et un chaudronnier.

— Le poisson? Pour rien. A ne savoir qu'en faire. Nous avons eu une fois un bar qui pesait dix-huit livres et que je n'avais payé que trois francs.

— Un médecin? Excellent pour les enfants.

peu de mois. L'idée de ses fiançailles compromises exagérait certainement son inquiétude et la prostration dans laquelle il était plongé.

Le 21, onzième jour de sa maladie, on remarque un semis blanchâtre disposé par groupes disséminés sur le voile du palais, à la face antérieure de la luette, sur les piliers antérieurs et tout à fait à la base de la langue; mais les joues, les lèvres, le reste de la langue et les parois du pharynx présentent une rougeur intense, sans aucune concrétion blanchâtre. La réaction de la bouche est acide. L'examen au microscope démontre péremptoirement, ici encore, les spores et les tubes de l'*oïdium albicans*. Le malade se plaint de dysphagie, mais ne présente point d'adénite cervicale ni sous-maxillaire. Les applications alcalines de miel boraté et d'eau de Vichy dissipent le muguet en trois jours.

Vers la fin du troisième septenaire, le muguet se montre de nouveau sous la forme de petits grains blanchâtres disséminés sur le voile du palais, la luette et la base de la langue. Jusqu'au trentième jour, il cède et revient plusieurs fois avec ténacité, pour cesser enfin au moment où le malade entre en convalescence.

Deux malades, qui étaient à la même époque dans mes salles, et dont j'ai parlé dans la dernière séance comme ayant été atteints d'angine ulcéreuse, ont présenté également, à un moment donné, pendant qu'évoluaient leurs ulcérations, des groupes de semis blanchâtres, disséminés à la face inférieure du voile, à la base de la luette et sur les piliers ulcérés; mais, dans l'un et l'autre cas, en moins de deux jours, les applications alcalines, restées sans effet appréciable sur les exulcérations, ont dissipé les concrétions crémeuses du muguet qui s'étaient surajoutées aux exulcérations.

Enfin, le 5 mai dernier, arrive dans mon service un homme âgé de 46 ans, concierge, à Paris depuis huit mois seulement, parvenu à peu près au quinzième jour d'une fièvre typhoïde adynamique. Dès le jour de son entrée, par conséquent en dehors de toute influence contagieuse connue, il se plaint d'une sécheresse insolite de la bouche et de la gorge, et nous lui trouvons la face supérieure et les bords de la langue recouverts de concrétions granitées blanches, disposées par groupes; la face antérieure de la luette et les deux piliers antérieurs offrent des groupes semblables; les

— Un hôtel? Une bonne auberge, quatre francs par jour tout compris. Société charmante. Très bien composé.

— Toilette? On ne sait pas ce que c'est. Mes enfants vont nu-pieds et portent des chapeaux à dix-neuf sous. Moi, je n'ai pas quitté un peignoir de quatre-vingt-quinze.

Si on ne s'embrasse pas au nom de X.-les-Bains, le paradis retrouvé au bord de la mer, on était bien près en se quittant de devenir intimes. Heureuse de ces renseignements, rayonnante de la joie qu'elle va causer aux siens, la dame rentre chez elle. Elle aurait arrêté les passants pour les entraîner à X.-les-Bains. Dans sa distraction, elle se heurte contre une échelle et manque de précipiter par terre un colleur d'affiches avec son pot à colle, son papier et sa brosse. Que voit-elle?

INAUGURATION DU PYRAMIDAL HÔTEL DE X.-LES-BAINS

Chambres depuis huit francs. Concerts, bals tous les soirs.

Elle n'en lit pas davantage. Elle est revenue de X.-les-Bains.

Plantez votre tente un kilomètre plus loin, le même mouvement se produit. A mesure que le flot Judic-Théo-Granier envahit toutes les plages, le désert se fait. L'évolution est accomplie. On revient au point de départ. Ce sont les billets circulaires, l'Italie, la Suisse, le Tyrol, qui ont bénéficié des exigences et des extravagances des maîtres d'hôtel et des directeurs de casino. A moins de faire une saison hygiénique, on ne séjourne plus. On descend à l'hôtel. On circule. »

Recommandé aux intéressés, messieurs les maîtres d'hôtel.

Berck, dont je parlerai dans ma prochaine *Causerie*, n'a pas encore de Casino, mais il

lèvres, la face interne des joues en sont exemptes; mais toute la cavité bucco-pharyngée est tapissée par une muqueuse d'un rouge intense. Le papier bleu rougit au contact de la muqueuse buccale.

Les concrétions, reconnues séance tenante au microscope comme étant dues à l'*oïdium albicans*, disparaissent en deux jours sous l'effet des badigeonnages alcalins; elles laissent à nu la muqueuse violacée et exulcérée au pilier droit; là, en effet (soit dit en passant), se voit une ulcération lenticulaire superficielle, grisâtre, masquée jusqu'alors par un groupe de concrétions parasitaires, et présentant tous les caractères des ulcérations dont j'ai parlé dans notre dernière réunion. Le malade, aujourd'hui très déprimé, vient d'être pris d'une angine diphthéritique à laquelle je crains qu'il ne succombe (1). Cette complication tardive est un des nombreux exemples de contagion nosocomiale que nous observons; car, trois lits plus loin se trouvait, il y a quelques jours, un jeune homme atteint d'une angine couenneuse grave, aujourd'hui guérie, mais suivie d'une paralysie du voile du palais.

En résumé, voilà, depuis le commencement de cette année, cinq nouveaux cas de muguet survenu dans le cours de la fièvre typhoïde, et offrant comme particularités : d'occuper tout d'abord l'*isthme du gosier*, et principalement le *voile du palais*, les *piliers* ou la *luette;* d'y récidiver avec une certaine ténacité; de s'étendre à la base de la langue; de chercher à gagner tout cet organe et les joues par l'espace intermaxillaire; en un mot, de marcher d'arrière en avant, de l'isthme du gosier, où il domine, vers la cavité buccale, où il demeure accessoire.

Telles ne sont pas, il me semble, les déterminations et la marche habituelles et classiques du muguet.

En effet, nous rencontrons ordinairement le muguet : à la face interne des lèvres, particulièrement près des commissures de la bouche; à la face interne des joues, principalement au niveau de l'espace intermaxillaire; sur la langue, et là plus à la pointe et sur les bords qu'au centre ou à la

(1) Ce malade, guéri de son angine couenneuse, fut atteint dans la suite d'une paralysie consécutive du voile du palais et d'une albuminurie très intense, qui amenèrent sa mort dans la première quinzaine du mois de juillet.

---

a contre lui un terrible ennemi, le vent, et il n'est pas facile de s'en garantir. Mais enfin, il n'a pas encore de Casino.

*
* *

La transfusion du sang a inspiré à M. Charles Monselet une bien spirituelle petite fable.

Sur la foi d'un journaliste niçois, Charles Monselet assure dans l'*Evénement* que le comte de Chambord a subi l'opération de la transfusion.

N'ayant pas trouvé dans la noblesse un gaillard assez vigoureux pour se prêter à cette périlleuse expérience, on a dû se rabattre sur un plébéien, un Breton, à qui on a eu l'imprudence de ne pas demander la couleur de ses opinions, et voici ce qui s'en est suivi:

Aujourd'hui l'opération a eu lieu, et elle a réussi parfaitement. A partir de ce moment, le comte de Chambord n'a pas cessé de reprendre des forces: on ne doute pas de son prochain et entier rétablissement.

Mais voici le côté étrange de l'aventure: il s'est produit une transformation complète dans les idées et dans le langage du prince. Lui, d'habitude si réservé, si prudent, il affecte des allures qui n'appartiennent qu'au libéralisme. Il émet sur les choses et les hommes de son temps les propos les plus inattendus et les plus singuliers.

L'autre jour, sur la terrasse de son jardin, où il respirait le frais, on l'a entendu murmurer:

— Eh! eh! la démocratie a peut-être du bon...

Le duc de Parme n'en croyait pas ses nobles oreilles!

base; moins fréquemment aux gencives, et accessoirement sur les piliers antérieurs et sur le voile du palais.

L'angine du muguet, fait justement remarquer M. le professeur Peter, dans son article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, n'est pas ordinairement décrite à part : « Elle est, dit-il, partie intégrante d'un « état morbide général de la muqueuse bucco-pharyngée, et ses symp- « tômes se confondent avec ceux de la stomatite, indépendamment de « laquelle on ne l'a jamais vue exister. »

Et plus loin : « L'angine du muguet est plus rare que la stomatite de « même nature, et, quand existe l'angine, le muguet de l'isthme du gosier « est bien plus discret et bien plus caduc que celui de la bouche. »

« Le muguet du pharynx, dit un autre pathologiste, n'offre rien de parti- « culier; il est disposé par grains séparés ou confluents, et accompagne « constamment le muguet buccal. »

M. le professeur Parrot (*Clinique des nouveau-nés*, p. 76), qui a, de son côté, étudié et décrit si magistralement le muguet, fait remarquer qu'il débute habituellement par le dos de la langue, pour gagner ensuite les bords; puis, et tardivement, la face inférieure de cet organe; qu'il envahit la face interne des joues et des lèvres, enfin la voûte et le voile du palais, très rarement les gencives. « La cavité de la bouche, dit-il plus loin (p. 208), « est le siège de prédilection du champignon. C'est là qu'il se développe « d'abord, et le plus abondamment. Lorsqu'on en trouve sur d'autres « points, on peut affirmer que la bouche en contient, car elle est la pépi- « nière d'où les germes se détachent pour aller s'implanter ailleurs et s'y « développer. »

Telles sont bien, en effet, les données classiques, celles avec lesquelles nous avons été élevés, celles avec lesquelles nous avons vécu. Le muguet se développe primitivement dans la cavité buccale, c'est là qu'il commence et qu'il prédomine toujours; il marche d'avant en arrière, et, s'il gagne l'isthme du gosier et le pharynx, c'est secondairement; on ne trouve guère de descriptions indiquant qu'il puisse s'y développer d'emblée.

Il y a là évidemment une cause d'erreur, car le muguet primitivement développé à l'isthme du gosier existe. Nous voyons déjà, en 1858, Gubler

---

Une autre fois, les hasards de la conversation ayant amené le drapeau blanc sur le tapis, monseigneur s'est écrié d'un ton dégagé:

— Bah! qu'importe la nuance d'un drapeau?

Autour de lui, l'émotion fut grande. Le baron de Raincourt devint bleu, le comte de Bardi devint rouge, le comte de Monti devint blanc. A eux trois, ces messieurs offraient l'image du drapeau tricolore.

Ce n'est pas tout. Il a, par intervalles, des plaisanteries sur la noblesse à déconcerter sa petite cour.

D'où peut venir une pareille perturbation morale?

De la transfusion du sang.

*
* *

Cette transformation morale du comte de Chambord sous l'influence de la transfusion est en quelque sorte le pendant d'une modification du même genre qui s'est produite dans la cervelle d'un professeur de l'Université sous une toute autre influence.

Il y a deux ou trois mois, la *Revue politique et littéraire*, déjà nommée, publiait une petite nouvelle anonyme intitulée : « Un meuble en bois de rose », dont voici la donnée. Un professeur resté jusqu'à l'âge de 40 ans, peut-être plus, aussi pudibond que M. Ratin des *Nouvelles génevoises*, fait un héritage imprévu. Le premier emploi qu'il fait de son argent est d'acheter à l'hôtel des Ventes un mobilier de chambre à coucher. Or, ce mobilier provenait d'une horizontale dont la vie avait été des plus cascadeuses. Sous l'influence de ce nid voluptueux et des odeurs suaves dont il est imprégné, le vieux professeur devient un homme tout différent. Lui qui, jusque-là, a toujours été brouillé avec la coquetterie, devient le lion de sa petite ville; lui qui ne s'est jamais servi dans

(*Mémoires de l'Académie de médecine; études sur l'origine et les conditions du développement de la mucédinée du muguet*, t. XXII) en rapporter un très bel exemple, en faisant l'histoire d'une femme âgée de 25 ans, de constitution robuste, qui présentait les piliers, les amygdales et la paroi postérieure du pharynx couverts d'une exsudation blanchâtre granulée, que le microscope démontra être formée par l'*oïdium albicans*. La malade avait de la fièvre, mais l'engorgement ganglionnaire était peu considérable. Le borax et l'eau de Vichy en eurent promptement raison. Dès le lendemain, le muguet de la gorge avait disparu, et cette femme sortait guérie de l'hôpital quelques jours après. Toute la maladie avait consisté chez elle en une angine crémeuse, accompagnée de gêne dans la déglutition, de fièvre et de courbature.

Ce fait de Gubler est demeuré longtemps isolé; il démontre en tout cas que l'*angine crémeuse* a, depuis longtemps, été rencontrée en dehors de la stomatite de même nature, indépendante, sans lien absolu ni nécessaire avec cette dernière.

A suivre.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

EGYPTE. — Le 14 août, les décès se sont élevés à 679 dans les provinces, 18 au Caire et 37 à Alexandrie. On avait constaté la veille, dans la Haute-Egypte, 141 décès pour la madourieh de Minieh, 95 pour celle de Benisouef et 95 pour les autres.

Dans la Basse-Egypte, la mortalité avait été de 348 décès, dont 55 à Damanhour. Dans le Behara, on comptait en plus des victimes faites à Alexandrie, 58 décès cholériques, soit à l'Afteh, soit dans les autres localités. — L'armée anglaise avait, le même jour, perdu quatre soldats.

Le 15 août, il a été constaté 44 décès à Alexandrie où la mortalité cholérique suit une marche chaque jour ascensionnelle; 6 au Caire, où elle diminue chaque jour, 47 à Ghizeh, 43 dans le Charkieh, 36 dans le Menoufieh, 72 dans le Benisouef, 22 dans le Minieh, 19 à Siout et 70 à Girgeh. Enfin deux soldats anglais ont succombé à Helouan et El-Wardam.

Cette année, les pèlerins égyptiens qui se rendent à la Mecque, suivront la route de terre. La voie de mer leur est interdite. Les caravanes de pèlerins auront à parcourir le chemin que suivirent autrefois la plupart des pèlerins, chemin fort long et parallèle au

---

ses classes que d'éditions expurgées, revues même et diminuées encore avec soin, ne choisit plus comme texte de ses cours que les passages les plus érotiques de Juvénal, d'Ovide et d'Horace; on ne sait jusqu'où cela peut aller, lorsque tout à coup il est forcé de vendre le mobilier. Le lit est acheté par madame la principale du collège, qui bientôt devient elle-même très cascadeuse et jette son bonnet par-dessus les murs de l'établissement.

*
* *

J'ai reçu d'un auteur dont je n'ai malheureusement pas pu lire le nom, deux sonnets médicaux que je recommande à notre confrère M. Chereau, pour sa prochaine édition du *Parnasse médical*.

SYPHILIS

Spectre mystérieux, ô sombre Syphilis!
Tu marques tes élus d'un signe indélébile;
Tu flétris la beauté sans la rendre stérile,
Et son sang désormais est fatal à ses fils.

L'Amour t'a fait surgir du sein des voluptés!
Comme il craint la souillure, et qu'il descend du ciel,
Il a voulu créer un fléau solennel,
Pour se venger en Dieu de nos lubricités!

Toi, tu brûles le corps; toi, tu rafraîchis l'âme;
L'un souffle son poison; l'autre épand son dictame;
Mais, sans se révolter, l'homme adore ses fers;

rivage oriental de la mer Rouge, en passant par Ahabit-el-Misérie, Somok, El-Haoura et Kholois.

Asie Mineure. — Le cordon sanitaire qui entourait Beyrouth vient d'être étendu jusqu'à la ville de Damas. Le Liban tout entier est donc isolé, bien que, jusqu'ici, il n'ait pas été constaté de cas suspects, ni dans cette région ni à Damas. Néanmoins, les provenances de Beyrouth et des côtes de Syrie sont mises en quarantaine à Chypre et à Malte.

Europe. — Le Conseil sanitaire de Marseille a pris les mêmes mesures quarantainaires pour toutes les provenances de Syrie. Celles des côtes d'Anatolie et de Smyrne devront également être sévèrement surveillées. — C. E.

BIBLIOTHÈQUE

Leçons sur les maladies vénériennes professées a l'hôpital du Midi, par M. le docteur Charles Mauriac. — Paris, J. Baillière; 1883.

Il a fallu à M. Mauriac une longue patience et un immense travail pour enregistrer, colliger et discuter les innombrables documents pour la plupart originaux, à l'aide desquels il a écrit ce gros volume. C'est, en effet, un véritable monument à la vénéorologie que ce livre, dont les 1,100 pages seront certainement lues avec intérêt par tous les médecins praticiens.

Il serait difficile, sinon impossible, dans les mémoires originaux et les livres didactiques de pathologie vénérienne, de trouver des démonstrations mieux justifiées par une telle abondance de faits. De là des aperçus nouveaux dans le diagnostic et la thérapeutique des maladies vénériennes.

Depuis quatorze années, le savant médecin de l'hôpital du Midi a traité dans cet établissement 18,619 vénériens, et, de plus, y a été consulté par 65 à 70,000 individus qui se soignaient à domicile. Qu'on ajoute à ces gros chiffres, les malades de sa clientèle privée, et on comprendra pourquoi l'œuvre actuelle marquera comme une date importante dans l'histoire de la vénéorologie moderne. Enfin, chose toujours rare et qui l'honore, M. Mauriac a fait œuvre d'indépendance de caractère. Dès le jour de son entrée à l'hôpital du Midi, il prit la résolution d'examiner les multiples questions de la pathologie vénérienne sans parti pris et avec la plus complète liberté d'esprit. Evitant les querelles scolastiques, les discussions de mots et de personnes, il a cherché la vérité, la seule vérité, comme le philosophe de Grèce. Plus heureux que celui-ci, il a pu la trouver.

Car l'urne, qui parfois l'abreuve de souffrance,
Lui déverse, à pleins bords, l'ivresse et l'espérance.
Amour et Syphilis gouvernent l'univers!

CONTREXÉVILLE

Le goutteux sensuel, farci de sels uriques;
Le vieux rhumatisant; l'ami du fin Bordeaux;
Le sombre calculeux, aux affres néphrétiques,
Implorent à l'envi le secours de tes eaux.

Tous ces désespérés de l'humaine misère
Se traînent lourdement, comme des limaçons,
L'un râlant sa douleur, l'autre geignant sa pierre,
Et viennent se grouper autour de tes griffons.

Alors, la coupe en main, comme aux festins antiques,
On les voit se gorger des eaux béatifiques
Que prescrit Esculape en termes solennels.

Nymphe de cette source, amèneras-tu l'heure
Où je pourrai suspendre, en quittant ta demeure,
Parmi les *ex-voto*, ma sonde à tes autels?

Merci, cher confrère, de votre précieux concours, qui m'a permis d'arriver à la fin de ma tâche. J'espère que personne ne se plaindra d'avoir remplacé ma prose par votre poésie.

Simplissime.

Les maladies vénériennes n'intéressent pas seulement la médecine; elles ont aussi un côté hygiénique par lequel leur étude touche à l'économie sociale. M. Mauriac a voulu en explorer les obscurités à ce double point de vue. De là, des chapitres qui sont de véritables leçons d'hygiène publique et de police sanitaire, et d'autres plus nombreux d'ailleurs, spécialement consacrés à la clinique. Les différentes parties de cet ouvrage ont toutes par conséquent un but également pratique.

Ce livre diffère donc à ce point de vue des traités didactiques. Comme à l'hôpital, le malade est présent à toutes les pages. « S'il n'apparaît qu'à certains moments dans le discours, on le retrouve toujours à la fin. » Aussi les observations, au nombre de plus de deux cents, « sont comme autant de *musées* contenant toutes les variétés des cas les « plus typiques et les plus curieux. »

L'*histoire et la pathologie générale* des maladies vénériennes servent de sujets aux leçons d'introduction. Au moment où l'origine microbiotique des affections contagieuses est en grande faveur, M. Mauriac réserve ses conclusions. Il attend de nouveaux faits pour admettre définitivement si le *virus syphilitique* doit sa puissance à des microbes ou à des granulations moléculaires. La même réserve doit être adoptée dans la pathogénie de la *blennorrhagie* et de la *chancrelle*. Mais c'eût été une omission de ne pas discuter, à l'aide des éléments déjà acquis à la science, la question de la *syphilis expérimentale*, des *immunités*, des *réinfections* et des *endémo-épidémies* syphilitiques.

Avec l'appui de 92 observations inédites, l'auteur étudie cliniquement l'incubation du chancre infectant. Or, ce dernier, comme les autres circonstances pathologiques de la *syphilis primitive*, est placé chronologiquement entre deux incubations : la sienne et celle des manifestations secondaires. Le chiffre de la durée de cette incubation serait de 34-35 jours. Il est différent de celui que M. Mauriac donnait il y a quelques années et qui s'élevait à 37 et 40 jours; ce fait témoigne donc que la valeur de ce signe n'est pas déterminé par un chiffre absolu et qu'il y a de grandes probabilités, quand le calcul est possible, de trouver un plus grand nombre de longues incubations que de courtes. Voici cependant une difficulté : la syphilis inoculée n'a en général que 25 jours d'incubation. Ici l'expérimentation est en désaccord avec la clinique sans qu'il soit possible de donner une explication satisfaisante de ces différences.

D'ailleurs dans l'espèce, ces probabilités n'ont qu'une valeur clinique relative; et on en trouve une confirmation dans les résultats obtenus par l'excision des chancres, comme méthode préventive d'infection syphilitique. En effet, M. Mauriac la mettant à l'épreuve a constaté que cette opération pratiquée dès le début, n'empêchait pas le développement des accidents consécutifs.

Pour l'auteur, la signification pathogénique du chancre syphilitique est la suivante : — « Il est à la fois, un effet et une cause de l'intoxication. Première manifestation de « l'introduction du virus dans l'économie, il devient un foyer morbide local qui crée de « nouvelles particules virulentes ou renforce celles qui existaient déjà, en leur commu- « niquant des propriétés infectieuses plus actives. » — Il s'empare des voies lymphatiques et les lympho-adénopathies servent de trait d'union entre la lésion locale et les accidents consécutifs.

L'étude des *accidents consécutifs de la syphilis*, des *syphilodermies*, des *tumeurs gommeuses du tissu cellulaire sous-cutané*, du *phagédénisme* et du *traitement de la syphilis* termine le volume. Signalons, parmi ces pages remarquables, une critique magistrale de l'*action curative* de *l'érysipèle* et des *maladies aiguës dans la syphilis et les affections* constitutionnelles.

La classification des syphilides font l'objet d'un chapitre tout entier. Ce sont en effet des manifestations d'une grande valeur dans le diagnostic, mais dont on a tellement multiplié les espèces et les variétés que leur groupement laisse à désirer. Aussi M. Mauriac, propose de ramener toutes les syphilides à quatre types fondamentaux : types érythémateux, papuleux, pustulo-ulcéreux ou ulcéro-crustacé et tuberculo-gommeux. Les syphilides des deux premiers types forment un groupe naturel : elles sont en effet, communes, précoces, superficielles, diffuses et résolutives. Les autres sont tardives, profondes, localisées à certaines régions et destructives, et constituent un second groupe. Les formes vésiculeuses et bulleuses ne sont pas des types distincts. Leur lésion est surajoutée, éphémère et accessoire ; on peut donc annexer les premières au groupe érythémato-papuleux et les secondes au groupe ulcéro-gommeux.

Si la partie clinique de ce livre est largement traitée; la partie relative à l'hygiène a le mérite d'être absolument nouvelle. Jamais on n'avait su réunir une telle quantité de documents médicaux sur la *police sanitaire*, la prostitution et la contagion des maladies vénériennes au point de vue démographique.

Il faut lire les chapitres où l'auteur démontre les variations dans le développement de

ces maladies depuis 1870 jusqu'en 1881. Une période de décroissance dans leur fréquence s'observe d'abord de 1870 à 1875. On constate ensuite, de 1875 à 1881 une augmentation coïncidant avec l'exposition de 1878. On trouve dans ce fait une justification de l'observation qui avait été faite après le grand déplacement de population qui suivit l'exposition de 1868.

Un autre facteur de cette recrudescence des maladies vénériennes est le relâchement de la surveillance de la prostitution. Les partisans de l'abolition de la police des mœurs s'instruiraient donc en lisant ces chapitres. Ils apprendraient « que l'immense majorité « des malades sont infectés par les filles non inscrites. Sur près de 5,000, 4,012 avaient « été contagionnés par ces dernières et 733 seulement par des filles inscrites, » Or, depuis l'agitation provoquée par les adversaires de la police des mœurs, le nombre des filles inscrites diminue chaque année pendant que le domaine de la prostitution clandestine s'étend indéfiniment. Aux bruyantes réclamations de personnes qu'animent les passions politiques, on ne peut mieux faire que d'opposer les sages paroles qui terminent cette leçon :

« Le but que doivent poursuivre les médecins, les hygiénistes, les législateurs, tous « ceux dont la mission est de veiller sur la santé publique, est clairement indiqué en « pareille matière. Il faut prévenir et restreindre la contagion vénérienne, en atténuer « ou en guérir les conséquences quand on n'a pu les éviter, dans les milieux où le com« merce sexuel illégitime se pratique sur une grande échelle.

« ..... De tout temps on a cherché à réglementer la prostitution féminine, afin de la « rendre moins dangereuse. Evidemment, l'intention était bonne, et personne ne peut « raisonnablement la blâmer. Mais quels moyens employer pour y parvenir? Par quels « procédés équitables pourra-t-on arriver à user des mesures restrictives qu'exige la « santé publique et à sauvegarder en même temps les droits indéniables de la liberté « individuelle? Tel est le grand problème dont la solution est encore et restera long« temps ballottée entre les opinions extrêmes. Il faut avouer que, jusqu'à présent, elle « demeure douteuse, incomplète et à moitié satisfaisante pour les opinions modérées et « conciliantes. »

Un des documents les plus instructifs parmi tant d'autres, est celui qui montre la répartition de la contagion vénérienne à Paris, par arrondissement et par quartier. Il existe, en effet, sur les différents points de la capitale, de véritables foyers actifs de maladies vénériennes. Ce sont les bals publics, dont l'auteur a dressé une liste et une carte schématique. On peut juger par ce mode graphique de représentation, de la *répartition topographique de ces foyers urbains.*

En donnant la *géographie médicale* de la syphilis au temps présent et dans l'histoire, en montrant les incertitudes de son origine dans l'antiquité, M. Mauriac écrivait des pages d'un haut intérêt. Sans doute, d'autres l'avaient essayé avant lui, non sans talent souvent avec succès, mais aucun autre ouvrage, à notre connaissance du moins, ne fait connaître avec la même exactitude et le même soin, la topographie vénérienne d'une grande ville.

Cet exemple trouvera sans doute des imitateurs, de telles recherches intéressant les économistes autant que les médecins et les hygiénistes. L'auteur n'aura pas moins le mérite d'être l'heureux initiateur de cette idée. Il ne faut pas en douter, cette démographie des maladies vénériennes sera mise à contribution par les syphiliographes du présent et de l'avenir. C'est que si la plume du savant médecin de l'hôpital du Midi possède déjà l'éloquence du style, les chiffres qu'elle cite ont aussi la leur.

Le succès de ce livre sera donc durable, parce que l'auteur est de ceux qui ont pour règle de ne rien avancer sans être en mesure de le prouver. Il prendra place dans toutes les bibliothèques où souvent on le consultera parce qu'il constitue le plus complet compendium de vénéorologie clinique. De plus, n'oubliant pas les travaux de ses devanciers, M. Mauriac a donné une équitable place à la bibliographie. Ce livre, d'une si personnelle originalité ne constitue donc pas seulement un ouvrage de vraie clinique, il est encore marqué au coin de la sincérité scientifique. Enfin, il témoigne une fois de plus de la puissante vitalité de l'école de l'hôpital du Midi, le berceau de la syphiliographie française, illustré naguère par Ricord.

Avec l'enseignement de l'hôpital Saint-Louis, avec l'hôpital de Lourcine, l'hôpital du Midi reste donc à Paris un foyer actif de contagion... scientifique.

C. Eloy.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Vulpian présente une note de M. G. Hayem sur les plaquettes du sang, de M. Bizzozero, et sur le troisième corpuscule du sang, ou corpuscule invisible, de M. Norris.

« On sait que je considère les petits éléments du sang, auxquels j'ai donné le nom d'*hématoblastes*, comme étant à la fois les premières formes des hématies chez l'adulte et les agents de la coagulation...

I. Dans une série de publications, dont la première remonte au mois de janvier 1882, M. Bizzozero a appelé vivement l'attention sur l'existence dans le sang de petits corpuscules, qu'il désigne sous le nom de *plaquettes*. Comme cet observateur intitule son travail : *Sur un nouvel élément morphologique du sang chez les Mammifères et sur son importance dans la thrombose et dans la coagulation* (*Archives italiennes de Biologie*, t. I, fasc. I), on pourrait croire que ces plaquettes avaient jusqu'à présent échappé à l'observation. Il résulte cependant de la description de l'auteur qu'elles ne sont autres que les éléments que j'ai minutieusement étudiés sous le nom d'*hématoblastes*...

Je crois avoir établi que les hématoblastes sont bien réellement des éléments figurés, et récemment j'ai réussi à y démontrer la présence d'un noyau nucléolé, particularité importante qui ne peut laisser aucun doute sur leur signification [*Contribution à l'étude de la structure des hématoblastes et des hématies* (*Gazette médicale*, 20 août 1881). *Des globules rouges à noyau dans le sang de l'adulte* (*Archives de Physiologie*, 31 mars 1883)] J'ai fait voir de plus que, pour les observer dans leur véritable forme, il faut, à cause de leur vulnérabilité extrême, les fixer par des procédés divers au moment même où ils sortent des vaisseaux.

Le nouvel élément de M. Bizzozero était donc déjà connu depuis plus de quatre ans lorsque cet auteur en annonça la découverte. J'ajoute que, tout en lui donnant le nom d'*élément*, il le considère comme un corpuscule non défini histologiquement et que, par suite, son travail fait faire à la question un pas en arrière qui nous ramène à l'époque antérieure à mes Communications sur ce sujet.

M. Bizzozero a reconnu que ces *plaquettes* sont d'une extrême vulnérabilité, qu'elles ont une tendance à s'agglutiner entre elles, à adhérer aux corps étrangers, à former, hors de l'organisme et lorsque le sang se coagule, des amas qui, après s'être profondément modifiés deviennent le point de départ de la coagulation du sang ; que, en un mot « ce dernier phénomène est soumis à l'influence directe des petites plaques du sang ».

L'auteur italien attachant également à ces dernières observations la valeur d'une découverte, je crois devoir faire remarquer que toutes les propriétés qu'il attribue aux plaquettes sont celles que j'ai décrites en détail à propos des hématoblastes et de l'intervention de ces éléments dans la coagulation du sang.

Dès mes premières publications, qui remontent aux années 1878 et 1879, j'ai énoncé sur la formation du caillot et sur les rapports étroits qui relient le processus de coagulation à la confluence et aux altérations des hématoblastes, l'opinion qui a été rééditée par M. Bizzozero [*Sur la formation de la fibrine étudiée au microscope* (*Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 7 janvier 1878). *Des hématoblastes et de la coagulation du sang* (*Revue internationale des Sciences*, 1878). *Recherches sur l'évolution des hématies dans le sang de l'homme et des Vertébrés* (*Archives de Physiologie normale et pathol.*, 1878-1879)]...

II. Les études poursuivies en Angleterre par M. Norris sont venues rendre plus confuse encore, du moins en apparence, l'histoire de l'évolution des hématies. Cet auteur croit, en effet, avoir établi qu'il existe dans le sang un corpuscule invisible à cause de sa pâleur et de sa faible réfringence, corpuscule qui, en se colorant par de l'hémoglobine, deviendrait un globule rouge...

M. Norris, qui, dans les planches accompagnant son travail, a fait preuve de talent comme photographe, ne paraît pas avoir une connaissance exacte de la facilité avec laquelle l'hémoglobine des hématies se dissout dans le plasma ou dans les liquides additionnels. Il m'a été facile de reconnaître, comme Mme Hart l'a d'ailleurs parfaitement établi, que le corpuscule invisible est un produit artificiel, résultant des manipulations diverses auxquelles le sang est soumis par M. Norris. Le corpuscule dit invisible est un globule rouge décoloré ; il est sans rapport aucun avec les hématoblastes et il reste absolument étranger au processus de coagulation. »

M. Marey présente une note de M. G. Martin intitulée : *De la kératite astigmatique.*

« On observe, tout particulièrement pendant l'adolescence, des kératites tenaces,

graves, récidivant presque toujours, et ayant comme conséquence une diminution notable de l'acuité visuelle. Tous les médecins considèrent ces kératites comme une manifestation de la diathèse scrofuleuse.

Des faits que nous avons observés, et dont le nombre augmente chaque jour (42 faits), il résulte que de forts degrés d'astigmatisme de la cornée (1 1/2 à 5 dioptries et même davantage) peuvent être considérés comme la cause la plus puissante de ces ophthalmies. La diathèse, quand elle existe, ne jouerait que le rôle de cause prédisposante.

Le plus souvent, ces kératites sont doubles, et, quand elles ne portent que sur un seul œil, c'est toujours l'œil le plus astigmate qui est atteint. Ce fait nous a paru tellement constant que, lorsque l'examen de l'œil sain est seul possible et qu'il révèle une anomalie de courbure de la cornée, cette constatation suffit pour porter le diagnostic de kératite astigmatique.

Toutes les kératites dites « scrofuleuses » ne sont pas forcément astigmatiques; on ne peut considérer comme telles que celles présentant les allures plus haut indiquées. Inversement, on peut observer quelquefois des kératites astigmatiques chez des sujets non scrofuleux ; d'où, à nos yeux, la justification de la présente note.

Pour que les astigmates soient exposés à ces kératites, il faut que leur accommodation soit souvent mise en jeu par une application soutenue sur des objets de petites dimensions. Dans ces conditions, les contractions répétées des muscles ciliaires amènent des désordres dans la circulation du globe de l'œil et particulièrement dans celle de la cornée dont la vascularisation est plus délicate.

Cette influence de l'accommodation trouve sa confirmation clinique dans les faits suivants :

1° La kératite astigmatique s'observe pendant la période de la vie où la force accommodative a le plus d'énergie;

2° L'atropinisation des deux yeux, alors même qu'un seul est atteint, est le moyen le plus efficace de hâter la guérison; elle seule paralyse le mouvement des muscles ciliaires;

3° L'usage des verres cylindriques écarte d'une manière à peu près certaine les rechutes, si fatales quand l'accommodation s'efforce de produire un astigmatisme cristallinien compensateur de celui de la cornée;

4° Les hypermétropes, dont l'accommodation est toujours en activité, semblent être les sujets les plus exposés à la kératite astigmatique.

Le rapport de cause à effet que nous voulons établir a des conséquences essentiellement pratiques. Il indique la marche à suivre dans le traitement et les précautions à prendre pour éviter les récidives. Il fait même prévoir qu'une première atteinte pourra être évitée par l'emploi de verres correcteurs, et que la vision des individus ayant des lésions cornéennes anciennes dues à la kératite astigmatique pourra presque toujours être améliorée par ces mêmes verres. »

Tout fait prévoir que désormais la marche de ces ophthalmies subira une grande transformation. Au lieu de ces cas chroniques, qui souvent amenaient ou une interruption dans les études ou un changement de profession, il est permis de penser qu'on n'observera plus que des kératites de courte durée et peu compromettantes pour la vision. »

FORMULAIRE

Coton iodé.

Iode.	1 gramme.
Coton purifié	12 —

Renfermez l'iode dans du papier à filtre, et placez-le au fond d'un flacon à large ouverture, puis introduisez le coton et fermez le flacon. Placez-le dans un endroit modérément chaud, jusqu'à ce que le coton paraisse uniformément coloré par l'iode. Conservez ce coton dans des flacons bien bouchés à l'émeri disposés dans un endroit froid et à l'abri de la lumière. — N. G.

Traitement du décubitus aigu. — Dechambre.

Veiller à ce que les malades changent souvent d'attitude, surtout ceux que la paralysie de la sensibilité induit à garder des positions qui seraient douloureuses pour d'autres. Recouvrir l'érythème commençant de diachylon, afin d'empêcher le contact immédiat de la peau avec la surface du lit. Plus tard, faciliter la chute de l'escarre, par l'application

de plumasseaux de charpie imprégnés d'une liqueur aromatique, de baume du commandeur par exemple. Plus tard, enfin, recourir aux lavages et à tous les procédés des pansement antiseptiques, pour prévenir la formation de clapiers sanieux, et la résorption de matières putrides. — N. G.

Collyre contre l'ecchymose de la conjonctive. — Von Arlt.

Teinture d'arnica.	5 grammes.
Esprit de lavande ou de romarin. .	50 —

Mêlez une cuillerée dans un demi-verre d'eau, pour imbiber des compresses qu'on laisse appliquées sur l'œil malade. — S'il existe de l'œdème, on remplace les compresses humides par des linges chauds et secs ou par des sachets de plantes aromatiques.

N. G.

COURRIER

Mesures préventives contre le Choléra. — En raison des craintes soulevées par l'épidémie de choléra qui sévit actuellement en Egypte, le ministre de la guerre a décidé que toutes les mesures préventives seront appliquées de la manière la plus rigoureuse chaque fois qu'un casernement sera soupçonné de renfermer des germes infectieux.

La dépense qui résultera de l'application exceptionnelle de ces mesures préventives (telles que désinfection par le soufre, l'acide phénique ou toute autre opération analogue) sera imputée sur le fonds de la masse générale d'entretien (2e portion).

Une circulaire adressée aux gouverneurs militaires de Paris et de Lyon, aux généraux commandant les corps d'armée et aux intendants militaires les prie d'assurer, chacun en ce qui le concerne, l'exécution immédiate de cette décision.

Vaccination. — Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre du commerce vient de décerner les récompenses ci-après désignées, aux personnes qui ont été signalées comme ayant fait le plus de vaccinations et ayant le plus contribué à la propagation de la vaccine en France et aux colonies, pendant l'année 1881 :

Prix de la valeur de 1500 francs partagé entre : M. Longet, médecin-major de première classe au 32e d'artillerie, à Orléans. — M. le docteur Mazaé-Azéma, à l'île de la Réunion. — M. Petit, médecin de colonisation, à Zanmorah (Algèrie).

Médailles d'or : M. le docteur Artance, à Clermont-Ferrand. — Mlle Bauduin, sage-femme, à Vannes. — M. Chambon, vaccinateur, à Paris. — M. Sourris, aide-major de première classe au 9e chasseurs, à Béziers.

Médailles d'argent : Mme Alvergne, sage-femme, à Mazamet. — Mme Auclair, sage-femme, à Bonnétable. — M. le docteur Augé, à Pithiviers. — M. le docteur Baley, à Châteaulin. — Mme Barbare, sage-femme, à Fontainebleau. — M. le docteur Bardy, à Belfort. — Mme Barra, sage-femme, à Saint-Martin-Boulogne. — M. le docteur Barriod, à Etrepagny. — Mme Bastien, sage-femme, à Epernay. — M. le docteur Beaupoil, à Ingrandes. — Mme Beccat, sage-femme, à Bourg. — Mme Bellehache, sage-femme, à Cherbourg. — M. le docteur Benoist, à Saint-Nazaire. — M. le docteur Benoît, à Dieulefit. — M. Bergerat, officier de santé, à Neuilly-le-Réal. — M. le docteur Besnier (Jules), à Paris. — Mme Beulins, sage-femme, à Roubaix. — M. le docteur Bois, à Saint-Laurent-de-Chamousset. — M. le docteur Bordes-Pagès, à Seix. — M. le docteur Bosq, à Montdauphin. — Mme Bouland, sage-femme, à Saint-Georges-sur-Loire. — M. le docteur Boulet, à Saint-Dizier-la-Séauve. — M. le docteur Dubreuilh, à Bordeaux. — M. le docteur Bricard, à Luzy. — Mme Brunelle, sage-femme, à Mende. — Mme Cabouat, sage-femme, à Aubervilliers. — M. le docteur E. Carpentier-Méricourt fils, à Paris. — Mme Caumel, sage-femme, à Monflanquin. — M. le docteur Chambaud, à Vars. — Mme Champion, sage-femme, à Donnemarie. — M. le docteur Charcot, à Beaurepaire. — Mme Charlon, sage-femme, à Issoudun. — M. le docteur Coillot, à Montbozon. — M. le docteur Cougit, à Toulon. — Mme Crétenet, sage-femme, à Champagnole. — M. le docteur Dagand, à Alby. — M. Delrieu, médecin de première classe de la marine (Cochinchine). — Mme Derud, sage-femme, à Besançon. — Mlle Desaint, sage-femme, à Bethisy-Saint-Pierre. — Mme Dinant, sage-femme à Givet. (*A suivre.*)

Le gérant : G. Richelot.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Du muguet de la gorge dans la fièvre typhoïde.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 11 mai 1883,

Par M. Duguet, professeur agrégé à la Faculté de médecine,
médecin de l'hôpital Lariboisière.

Suite et fin. — (Voir le numéro du 18 août.)

Mais revenons à la fièvre typhoïde.

La fréquence avec laquelle nous rencontrons, depuis quelque temps (car je suis convaincu que mes collègues ont fait les mêmes remarques que moi), le muguet de l'isthme du gosier dans la fièvre typhoïde semble véritablement en contradiction avec les descriptions du muguet que nous possédons; et je me demande, de deux choses l'une, si le muguet a changé d'allures, s'il a une manière d'être nouvelle dans son début et dans son mode d'envahissement, ou si les données qui le concernent ne sont pas demeurées jusqu'ici incomplètes.

D'une part, il ne serait pas impossible que, *chez l'adulte du moins*, le muguet de la gorge fût aujourd'hui plus commun qu'autrefois; on est frappé, en effet, des cas nombreux de muguets de ce genre observés de nos jours même en dehors de la fièvre typhoïde. Qu'il me suffise de rappeler le cas si remarquable présenté ici même en 1880 par mon ami Damaschino (séance du 9 juillet 1880); celui que M. Brocq, interne de M. Laboulbène, vous a soumis la même année (séance du 12 novembre 1880); ceux, au nombre de trois, que M. Schachmann, interne de M. Landrieux, vient de recueillir chez des vieillards à l'hospice de Sainte-Périne (*France médicale,* 3 mai 1883). Il semble, si je ne m'abuse, que l'angine crémeuse soit devenue, comme le disait autrefois Trousseau de l'angine pultacée, l'*angine des mauvais états généraux.*

On est véritablement surpris du nombre des muguets développés primitivement à l'isthme du gosier, qui ont été observés dans la dernière épidémie de fièvre typhoïde; je rappellerai seulement que, pour ma part, j'en ai vu plus d'une cinquantaine de cas dont j'ai rapporté sommairement l'histoire à la Société, dans la séance du 24 novembre dernier, et auxquels je dois ajouter ceux qui font l'objet de cette communication.

Il n'est donc pas impossible que de nos jours, en particulier chez l'adulte et dans la fièvre typhoïde surtout, le muguet de la gorge soit devenu plus fréquent.

Mais, d'un autre côté, je suis loin d'être convaincu qu'en ce qui concerne tout spécialement la fièvre typhoïde, quelques erreurs n'aient pas été commises, et que l'on ait pas pris quelquefois et peut-être souvent pour des angines *pultacées* ou même des angines *diphthéritiques*, des complications gutturales, qu'un examen plus complet et au microscope eût fait ranger parmi les angines *crémeuses.*

Dans son article sur les angines de la fièvre typhoïde (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*), M. Peter prend à partie les cas d'angines pultacées rapportées par mon ami le docteur Chédevergne, dans sa thèse inaugurale sur la fièvre typhoïde et ses manifestations (Paris, 1864); il pense qu'il faut logiquement ranger les an-

gines pultacées de M. Chédevergne parmi les angines diphthéritiques en raison des propagations dont parle cet observateur, aux poumons d'une part, à l'œsophage et à l'estomac d'autre part. Je veux bien accorder qu'un certain nombre d'angines pultacées, décrites par M. Chédevergne et observées par lui dans le Poitou, à l'hôpital des enfants et à la maison municipale de santé, celles qui se sont étendues par les bronches jusqu'aux alvéoles pulmonaires pour y produire des broncho-pneumonies *pultacées*, doivent être rattachées à la *diphthérie*, mais je ne puis y faire rentrer celles que M. Chédevergne nous montre si nettement se propageant à l'œsophage et à l'estomac et amenant des vomissements persistants. Ces dernières ne sauraient appartenir réellement qu'au *muguet*. La diphthérie ne marche pas de la sorte, et les recherches récentes sur le muguet de l'œsophage et de l'estomac, celles plus particulières de M. le professeur Parrot, ne peuvent laisser aucun doute à cet égard. D'ailleurs, à défaut d'examen au microscope, bornons-nous à rappeler la remarque de M. Chédevergne au sujet de la durée et du traitement de l'angine pultacée qu'il décrit : « La « durée de ces pseudo-membranes, dit-il, n'est pas longue; quelques badi- « geonnages avec une solution de borax suffisent pour en amener la gué- « rison. »

Ces paroles sont pour nous aujourd'hui toute une démonstrption. L'angine crémeuse seule est susceptible d'une modification si heureuse et si rapide sous l'influence d'une solution alcaline, et nous savons par une triste expérience que la diphthérie vraie n'est point aussi simple à faire disparaître.

Quoi qu'il en soit, je ne veux pas dire que l'angine pultacée vraie, celle qu'a si bien décrite M. Peter, et qui consiste uniquement dans la tuméfaction, le ramollissement et la chute de l'épithélium sans produits parasitaires, ainsi que l'angine diphthéritique vraie ne puissent point compliquer la fièvre typhoïde; mais j'ai une tendance à les croire l'une et l'autre infiniment moins fréquentes qu'on ne l'a dit; j'ai secondairement une tendance à penser que le muguet de la gorge, devenu en apparence si commun, a dû être souvent pris, tantôt pour une angine pultacée, tantôt pour une angine diphthéritique ; et j'insiste pour qu'à l'avenir les angines de la fièvre typhoïde soient, dans le doute, soumises au contrôle du microscope, ce qui est en général facile, et, dans l'espèce, d'un intérêt pratique incontestable.

Et maintenant, si j'osais formuler toute ma pensée, je dirais que les descriptions classiques du muguet, celles qui lui donnent la bouche pour foyer principal ou pour siège d'élection s'appliquent sans doute plus particulièrement au muguet de l'enfance ; tandis qu'il faudrait les complèter par la description du muguet qui a pour foyer principal et peut-être pour siège d'élection l'isthme du gosier ou la gorge, et qui s'appliquerait plus particulièrement à l'âge adulte. Pourquoi la bouche chez l'enfant ? Pourquoi la gorge chez l'adulte ? Parce que le muguet, entre autres conditions de développement, demande une muqueuse dépouillée ou en voie de desquamation épithéliale, une muqueuse *décapée* comme dirait M. Parrot, pour s'y arrêter, y germer et y fructifier : parce que chez l'enfant le travail prolongé de la dentition entretient facilement dans la bouche un certain degré de stomatite avec ce dépouillement épithélial favorable à l'évolution du muguet buccal; parce que chez l'adulte, les stomatites sont rares, les angines au contraire fréquentes et en particulier dans la fièvre typhoïde, l'angine érythémateuse et l'angine catarrhale, lesquelles amènent également la desquamation de la muqueuse et sont bien faites par cela même pour favoriser l'évolution du muguet de la gorge, qui les transforme alors et rapidement en angines crémeuses.

En résumé, si nous reprenons en partie les conclusions de notre dernière communication, nous dirons :

1° Qu'il faut visiter avec soin la gorge chez les malades qu'on soupçonne atteints de fièvre typhoïde, parce qu'on pourra parfois y reconnaître des ulcérations capables par leurs caractères de fixer un diagnostic encore incertain ;

2° Qu'il faut visiter avec non moins de soin la gorge de ceux qui ont une fièvre typhoïde bien avérée, parce que l'on pourra y découvrir et y combattre avec succès, *dès le début*, une angine crémeuse, dont la propagation à l'œsophage et à l'estomac pourrait entraîner pendant la maladie, et surtout pendant la convalescence, au point de vue de la nutrition et de la réparation, les conséquences les plus funestes.

Du rétrécissement mitral et de l'insuffisance aortique combinés (sans autre lésion valvulaire).

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 24 février 1883,

Par le docteur P. Duroziez, ancien chef de clinique de la Faculté.

Cette combinaison n'est qu'une partie d'un état général variable; tous les médecins sont de cet avis; la diversité qu'on remarque dans les observations montre que d'autres éléments nombreux viennent s'ajouter. Nous examinons ici des malades chez lesquels nous trouvons réunis le rétrécissement mitral et l'insuffisance aortique, sans autre lésion valvulaire, nous ne disons pas davantage.

L'étude de cette particularité dans la maladie générale a déjà été faite; c'est un peu notre excuse. Y a-t-il quelques corrections à faire à ce qui a été dit? Nous le pensons.

On s'est peu expliqué sur le degré de fréquence de cette combinaison.

MM. Potain et Rendu disent seulement « que cette combinaison est plus rare que l'association du rétrécissement et de l'insuffisance aortiques; que le rétrécissement mitral sans insuffisance est une lésion rare, et que, par le fait de l'insuffisance aortique il y a tout lieu de craindre le développement d'une insuffisance mitrale secondaire». Ils considèrent donc comme rare cette combinaison, puisqu'ils déclarent lésion rare le rétrécissement mitral sans insuffisance; nous ne savons pas s'ils maintiendraient aujourd'hui cette affirmation; on a montré la fréquence du rétrécissement mitral pur, c'est-à-dire sans insuffisance.

Quant au développement d'une insuffisance mitrale secondaire par le fait d'une insuffisance aortique, à travers une valvule à orifice rétréci, il a besoin d'être démontré. Il n'en est pas de même pour une valvule épaisse, en entonnoir, comme celle du rétrécissement mitral pur, que pour une valvule normale; le rétrécissement mitral, d'ailleurs, concentre le ventricule que l'insuffisance aortique tend à dilater.

De plus, ils disent « que le diagnostic n'est pas toujours simple. En général, le souffle diastolique de la base fait reconnaître aisément l'existence de l'insuffisance aortique; mais le rétrécissement mitral ne se traduit pas toujours par des bruits bien nets, et le souffle diastolique de la pointe peut, dans certains cas, être considéré comme le retentissement du souffle de la base. Dans les cas qui semblent d'une interprétation délicate, il faut rechercher ce que devient le dédoublement du deuxième bruit vers la base, le plus souvent il persiste malgré l'insuffisance et peut alors permettre d'affirmer presque le rétrécissement mitral. Nous nous souvenons d'avoir observé un cas de ce genre en 1874. On entendait distinctement à la base du cœur le claquement des valvules pulmonaires qui était immédiatement après suivi du souffle filé de l'insuffisance. »

Le souffle de l'insuffisance aortique peut en effet manquer, et doit être

recherché dans les artères carotides ou crurales, où on le trouve, tandis qu'il est nul à l'orifice aortique.

Quant au rétrécissement mitral, il se traduit presque toujours par des bruits bien nets, spécifiques, ainsi que nous le démontrerons plus loin, bruits pouvant varier, mais trahissant toujours la présence du rétrécissement mitral, bruit présystolique, éclat du premier claquement, dédoublement du deuxième claquement, roulement diastolique. Toujours on trouve le roulement diastolique, moins constamment le bruit présystolique et le dédoublement du deuxième claquement. Nous donnons plus loin la statistique des différentes parties du bruit de rétrécissement mitral.

Dans la combinaison que nous examinons, l'insuffisance mitrale manque, c'est dire, suivant nous, que le rétrécissement mitral est très étroit et n'admet pas un doigt. Quand un doigt passe on trouve, en même temps que les signes du rétrécissement mitral, ceux de l'insuffisance mitrale. Quand deux doigts passent, on ne trouve plus les signes du rétrécissement mitral ; il n'y a plus que le souffle de l'insuffisance mitrale. Un orifice mitral rétréci à deux doigts n'est pas rétréci.

Enfin, jamais le souffle de la pointe au deuxième temps ne peut être confondu avec le bruit du rétrécissement mitral qui est toujours un roulement.

Pour Friedreich, la combinaison que nous étudions n'est pas rare; mais il admettait le rétrécissement mitral avec un simple souffle systolique d'insuffisance.

Nous avons recueilli 38 cas, nombre qui dépasse à peine la moitié de nos cas de rétrécissement mitral pur.

Le nombre des hommes est à peu près égal à celui des femmes, tandis que pour le rétrécissement mitral pur le nombre des femmes dépasse notablement celui des hommes.

Jusqu'à 39 ans, les chiffres se suivent; nous ne trouvons plus ensuite que 43, 48, 55, 63, 67. A partir de 40 ans, les complications surviennent et rejettent les cas dans une autre catégorie.

De 20 à 29 ans, nous comptons 15 cas (7 hommes et 8 femmes); de 30 à 39, 15 cas (9 hommes et 6 femmes); de 40 à 67, 5 cas (4 femmes et 1 homme). Passé 40 ans, les hommes sont éliminés, ou à peu près.

Nous notons 5 morts (4 femmes et 1 homme). Les femmes meurent à 22, 25 et 30 ans. L'âge de l'homme n'a pas été indiqué, non plus que celui d'une des femmes.

L'insuffisance aortique n'ajoute pas un élément favorable au rétrécissement mitral pur; ou du moins, après 40 ans, nous trouvons 22 cas de rétrécissement mitral pur, tandis que nous n'en trouvons que 5 de rétrécissement mitral combiné avec l'insuffisance aortique.

Étiologie. — L'étiologie diffère de celle du rétrécissement mitral pur, en ce que dans celui-ci le rhumatisme articulaire aigu est loin d'être fréquent; il est difficile de remonter au début; dans la combinaison, le rhumatisme articulaire aigu est la règle, parfois à peu près continuel, variant entre une et huit attaques, parfois sous la forme chronique, plusieurs fois considéré comme simple maladie de croissance et n'entraînant pas l'alitement.

Dans un cas, nous notons : luette bifide, convulsions, croup, épistaxis fréquentes, fluxion de poitrine à 18 ans; le malade en a vingt.

Dans un cas : fièvre typhoïde, maladie de croissance sans alitement, coliques de plomb.

Dans un cas : vésicatoire et sangsues sur le côté droit de la poitrine à 10 ans; le malade a 30 ans.

Dans un cas, scarlatine très forte à 3 ans. Dans un autre, fièvres intermittentes en Afrique et en Turquie.

Dans tous les autres cas, le rhumatisme articulaire se trouve dans les antécédents.

État général. — L'état général présente peu de signes objectifs ; la couleur de la peau est bonne; le malade est étendu dans son lit; les œdèmes sont rares et peu marqués. Les malades accusent des palpitations, des étouffements; mais plus d'une fois l'individu ne se trouve pas malade; il y a peu de gêne de la respiration sans le moindre symptôme général cardiaque. Quelques pertes de connaissance; une hémiplégie gauche.

Pouls radial. — Le pouls radial est en général régulier, dicrote, assez vibrant, développé. On ne trouve plus le pouls de l'insuffisance aortique.

Pouls carotidien. — Le pouls de la carotide a une force modérée.

Pouls crural. — Dans 22 cas, nous avons recherché le double souffle. Dans 11 cas, nous l'avons noté sans particularités. Dans 11 cas, nous avons indiqué les modifications suivantes :

1. Double claquement. — *Double souffle vibrant,* sans compression; claquement très fort au premier temps, pas de claquement au second; le claquement s'entend partout, depuis le diaphragme jusqu'aux pieds.

2. Premier souffle dédoublé, suivi d'un *troisième souffle* au deuxième temps. Double choc en pressant beaucoup. — Sans comprimer, on perçoit un double choc. En comprimant, double souffle en avant; le souffle en retour est très douteux.

3. Pas de double souffle.

4. *Double souffle.* — Claquement au premier temps sans compression.

5. Claquement. Souffle simple. — Double bruit en avant par pression, second soufflant. — Souffle simple. Claquement habituellement simple, parfois double, mais au premier temps.

6. *Double souffle* très petit, mais très net. — Souffle simple.

7. *Double souffle* parfois très net, parfois difficile à trouver. — Variable. — Très facile à gauche, nul à droite. — Nul. — Nul. — On entend au deuxième temps un bruit prolongé, doux, séparé du premier. — Double souffle très net, par intervalles, à gauche. — Souffle simple. — Souffle à double courant, ressemblant bien à un double souffle intermittent.

8. Un peu d'impulsion. Double choc au premier temps. *Double souffle intermittent.*

9. *Double souffle* aller et retour. Double souffle en avant. Choc au premier temps sans compression.

10. Souffle simple. — *Double souffle.*

11. *Double souffle* parfois net, parfois obscur. Pour les pulsations petites intermédiaires, il n'y a qu'un souffle.

Il n'y a donc que deux cas dans lesquels nous n'avons pas trouvé le double souffle intermittent crural. Le rétrécissement mitral peut diminuer le pouls au point de rendre les souffles difficilement perceptibles, surtout si l'insuffisance aortique est légère ; mais, dans 30 cas sur 22, nous avons noté le double souffle intermittent crural, malgré la présence du rétrécissement mitral.

Dans un cas nous avons, quand le pouls se ralentissait, entendu le double souffle qui disparaissait quand le pouls s'accélérait.

Nous avons pu diagnostiquer, à l'aide du double souffle intermittent crural, l'insuffisance aortique démontrée par l'autopsie et ne donnant pas de souffle au deuxième temps.

Rétrécissement mitral. — Sur 30 cas où nous avons noté les résultats de l'auscultation, nous trouvons 11 fois un simple bruit de roulement au deuxième temps à la pointe, sans autre particularité appartenant au rhythme du rétrécissement mitral, et 19 fois des bruits plus ou moins complexes comprenant le bruit présystolique ou l'éclat du premier claquement ou le

dédoublement du deuxième claquement. Nous ne citons que ces derniers cas.

1. Rhythme du rétrécissement mitral (râpement présystolique, premier claquement, deuxième claquement dédoublé, roulement diastolique) d'autant plus net que la malade palpite.

2. A la pointe, bruit présystolique un peu rude et court, terminé par un premier claquement très fort, parcheminé, puis roulement au deuxième temps.

3. Rhythme du rétrécissement mitral.

4. Rhythme du rétrécissement mitral.

5. Premier claquement fort à gauche ; roulement au deuxième temps finissant avant la reprise.

6. Rhythme du rétrécissement mitral.

7. Bruit présystolique type.

8. Dédoublement du deuxième claquement ; roulement au deuxième temps.

9. Frémissement au deuxième temps, dédoublement du deuxième claquement. — (Dans un examen postérieur). Ronflement au deuxième temps type, prolongé, Souffle léger, court, au deuxième temps pour la première partie du dédoublement. — Roulement très prolongé, très fort, à la pointe. — Triple claquement sur tout le cœur. A la pointe, premier claquement parcheminé ; long grondement énorme à gauche avec double frémissement au premier et au deuxième temps.

10. A gauche, rhythme du rétrécissement mitral. — Au niveau de la mitrale, triple claquement, suivi d'un roulement pendant le deuxième claquement en même temps que souffle du deuxième temps au niveau de l'orifice aortique.

11. A la pointe, premier claquement très net, puis double deuxième claquement et bruit anormal pendant le deuxième temps; bruit circulaire. A droite, dédoublement du deuxième claquement. — Premier claquement parcheminé; dédoublement du deuxième claquement; bruit prolongé à gauche pendant le deuxième temps. — Rhythme mitral à gauche.

12. A la pointe, premier claquement fort; ronflement au deuxième temps.

13. A la pointe, rrout-roû.

14. Bruits du rétrécissement mitral.

15. Claquements parcheminés; parfois triple claquement. Un peu de bruit anormal au deuxième temps vers l'orifice mitral; claquements partout très forts, très éclatants. — Grondement au deuxième temps.

16. Dédoublement du deuxième claquement.

17. A gauche, rhythme à trois temps; souffle profond, ronflant, puis claquement éclatant, puis ronflement pendant le deuxième temps. Pas de dédoublement du deuxième claquement.

18. Rhythme mitral.

19. Souffle à gauche au deuxième temps; dédoublement du deuxième claquement à gauche. Tic-tac dur. Un peu de rouet au premier temps. — A gauche, trois bruits : ronflement, claquement, ronflement. Rhythme du rétrécissement mitral sauf le dédoublement du deuxième claquement qui n'existe pas non plus à droite. — Beau rhythme de rétrécissement mitral; dédoublement du deuxième claquement.

Battement de la pointe et du cœur. — Le battement de la pointe et du cœur varie, tantôt énergique, tantôt modéré, rarement nul, suivant la largeur de l'insuffisance aortique.

Dimension du cœur. — Le volume du cœur varie, tantôt considérable, le plus souvent assez gros, rarement médiocre.

Dans nos *cinq autopsies* nous ne trouvons pas l'adhérence du péricarde,

fréquente dans nos autopsies de la combinaison, insuffisance et rétrécissement mitral, insuffisance et rétrécissement aortique.

Les 5 autopsies appartiennent à 4 femmes de 22, 25 et 30 ans, 1 d'âge non indiqué et à 1 homme dont nous n'avons pas noté l'âge.

Labrosse, domestique femme de 22 ans, meurt avec des accidents typhoïdes dont l'autopsie ne nous donne pas la raison.

L'apoplexie pulmonaire aurait les mêmes allures typhoïdes que la tuberculisation miliaire du poumon. Cette femme qui meurt jeune n'accuse pas d'autre maladie qu'une rougeole; mais elle a toujours été mal réglée et souffrante; elle n'a pas eu d'enfant.

A 15 ans, à l'époque de l'établissement des règles, elle a eu de fréquentes épistaxis; elle s'est souvent plainte de grande fatigue, de malaise, de tournoiement. Il nous serait difficile de remonter au début de la maladie.

Nous la voyons quatre jours avant sa mort; elle vomit devant nous des matières vertes, le pouls est fréquent, il n'y a pas de dévoiement. Les renseignements nous manquent beaucoup, en particulier au sujet de la digitale; mais le pouls restait fréquent, régulier, développé, dicrote, seulement à la brachiale qu'on ne palpe pas assez, simple à la crurale et à la radiale. Le cœur n'est pas très gros; la pointe bat dans le cinquième espace en dedans de la ligne du mamelon; à ce niveau, on sent un frémissement au premier et au deuxième temps, et on entend un bruit rude présystolique et systolique, puis un bruit ronflant pendant tout le deuxième temps, pas de souffle au premier temps. On entend les claquements à droite et à gauche; nous ne signalons pas le dédoublement du second, non plus le double souffle crural. A la base, souffle au deuxième temps. Elle crache un peu de sang; un peu d'œdème des jambes le soir seulement.

Elle meurt le 14 mai avec un état typhoïde dont nous ne saisissons pas la raison. Apoplexie pulmonaire. Rétrécissement mitral, insuffisance aortique.

Le rhumatisme articulaire ne figure pas dans ce cas. Le poumon paraît avoir eu sa grande part dans les accidents. L'état du cœur n'est pas une explication suffisante de la mort prématurée dans ce cas.

Nous voyons avec notre ami M. Cerné, interne à la Charité, une femme brune de 25 ans, Bréchin, qui n'a pas eu de rhumatisme articulaire aigu, de même que la précédente, et chez laquelle nous ne trouvons pas d'autre antécédent que quelques vomissements, six ans auparavant; elle a à peine gardé le lit pour une maladie quelconque. Elle n'est pas réglée bien qu'ayant 25 ans; elle a des palpitations depuis l'âge de 12 ans; de l'oppression quand elle remue, mais aucun œdème et pas d'ascite, et cependant on est tout d'abord frappé des battements considérables des jugulaires très grosses des deux côtés, sans qu'on entende aucun claquement veineux, le battement est bien présystolique, précède le pouls de la carotide, la jugulaire se vide au moment de la systole ventriculaire. Il n'y a pas insuffisance de la tricuspide, il y a seulement des palpitations de l'oreillette. Le cœur est très gros, bien plus gros qu'on ne le trouvera à l'autopsie. L'autopsie ne donne jamais la mesure des congestions qu'on observe pendant la vie. La pointe bat dans le septième espace, les espaces intercostaux supérieurs gauches proéminents. L'œil constate la saillie de la pointe au premier temps et le retrait des espaces intercostaux supérieurs; nous ne trouvons donc pas les signes de l'adhérence du péricarde. On est averti de l'existence du rétrécissement mitral sans insuffisance par l'éclat du premier claquement à la pointe si fort, qu'on l'entend à distance de la poitrine. Cependant pas de dédoublement du premier ni du deuxième claquements. Pas de souffle au premier temps. Frémissement présystolique et diastolique. Souffle très fort au deuxième temps le long du sternum jusqu'en bas.

Immédiatement en dehors du sternum et du souffle d'insuffisance aortique, un peu de roulement au deuxième temps qui, ajouté au battement veineux présystolique considérable, nous avait fait penser à un rétrécissement de la tricuspide.

Le roulement du deuxième temps existe à la pointe, le pouls est assez fréquent, régulier, développé, cela est le 31 août 1880.

Le 2 septembre elle est assise à son séant, très souffrante, les lèvres noires; les veines du cou palpitent. Le pouls, régulier, est à 132 au moins.

Nous ne trouvons rien du côté des poumons, la respiration est très ample des deux côtés du haut en bas, sans râle. Nous croyons que c'est un accès de dyspnée qui passera. La malade meurt dans la soirée.

Nous n'assistons pas à l'autopsie. On a trouvé un rétrécissement mitral laissant passer le petit doigt, l'oreillette gauche dilatée, le ventricule gauche moyen. *Tricuspide* à peu près normale, à valvules un peu épaisses. Sigmoïdes aortiques *épaisses*, ne laissant pas

filtrer l'eau? Peu de développement du cœur. Poumons engoués, non apoplexiés. Pas de caillots dans le cœur.

Dans ce cas, nous avons entendu un souffle très fort au deuxième temps, tout le long du sternum jusqu'en bas. Nous ne voyons pas l'autopsie. On nous dit que les sigmoïdes aortiques ne laissent pas filtrer l'eau; mais on les a trouvées épaisses; on a jugé probablement que l'eau ne s'écoulait pas assez vite pour admettre une insuffisance. Le souffle que nous avons entendu nous force à accepter l'insuffisance.

Dans le cas suivant, nous ne voyons pas, au contraire, la malade pendant la vie, nous ne voyons que l'autopsie. On a entendu du souffle pendant le petit silence; on n'a pas entendu le souffle de l'insuffisance aortique. Or, à l'autopsie, celle-ci est certaine. Nous craignons qu'on ait pris le souffle de l'insuffisance aortique pour un souffle d'insuffisance mitrale.

Nous assistons, le 5 octobre 1878, à l'autopsie de la femme Mayet, âgée de 30 ans, morte dans le service de M. Fauvel.

Notre très distingué ami Boursier, interne du service, nous donne les renseignements suivants : Cette femme, chez laquelle nous n'apercevons pas de cicatrices vaccinales sur les bras, a la face couturée par la variole. Elle a eu deux attaques de rhumatisme articulaire aigu. Un léger œdème des pieds disparaissait facilement par le repos. Elle a craché du sang pendant ces dernières semaines. Le bruit présystolique était typique; du souffle ou un bruit anormal remplissait le petit silence. On n'a pas entendu de souffle d'insuffisance aortique au deuxième temps. Le matin de la mort, elle a eu de l'oppression et a craché du sang; on entendait quelques râles. On ne prévoyait pas une mort si rapide deux ou trois heures après la visite du matin.

A l'autopsie, le cœur est un peu gros; rien de notable au péricarde. L'oreillette droite est peu dilatée; la tricuspide ferme bien sous l'eau et ressemble à une muqueuse. La paroi du ventricule droit est un peu épaissie; la cavité n'est pas dilatée; les sigmoïdes pulmonaires sont un peu épaissies. L'oreillette gauche est dilatée, a des parois épaisses et un endocarde blanc, épais. La mitrale ne laisse pas passer le petit doigt; très épaisse, elle présente sur ses bords des végétations, de la matière à embolies; les divisions des cordes ont disparu. Le ventricule gauche a des parois assez épaisses et une cavité un peu dilatée. L'orifice aortique laisse filtrer l'eau. Si on examine l'orifice par le ventricule sous l'eau, on voit l'eau jaillir; les sigmoïdes présentent quelques végétations. Les poumons sont très peu altérés, non adhérents. Le foie est un peu gras. Les reins ne sont pas gros. L'utérus a un volume à peu près normal. Le cerveau est œdématié. Pas d'œdème des membres. Pâleur générale.

Ici encore la mort a été un peu imprévue. L'état du cœur ne l'explique pas suffisamment. Nous ne saisissons pas la cause prochaine.

Le 22 janvier 1869, nous assistons à l'autopsie de la femme Brière, dont nous n'avons pas noté l'âge. La moelle est comprimée au niveau de la dixième dorsale par un cancer qui fait expansion dans la cage thoracique; toutes les vertèbres dorsales sont plus ou moins altérées par le cancer qui se montre dans le foie. — Le cœur n'est pas gros, est peu dilaté. Rétrécissement mitral qui permet le passage d'un doigt. L'orifice aortique est largement insuffisant. Les jambes ne sont pas œdématiées.

Cette femme a été tuée par son cancer et non par son cœur. Nous regrettons bien de n'avoir pas eu de détails sur sa maladie. Nous ne serions pas très étonné que sa maladie de cœur fût passée inaperçue.

Enfin, le 20 décembre 1875, nous voyons à l'Hôtel-Dieu un homme dont nous n'avons ni le nom ni l'âge. Nous entendons un souffle au deuxième temps avec double souffle crural et un dédoublement du deuxième claquement. Nous diagnostiquons : rétrécissement mitral et insuffisance aortique. A l'autopsie, cœur de bœuf. Oreillette gauche énorme, gonflée de caillots anciens. Un doigt passe à travers l'orifice mitral. L'orifice aortique est insuffisant. Calcul de la grosseur d'une olive dans un rein désorganisé. Ce malade était dans la stupeur, probablement urémique.

CONCLUSIONS

La combinaison, rétrécissement mitral, insuffisance aortique, est fréquente; son chiffre est moitié de celui du rétrécissement mitral pur.

Le nombre des hommes est à peu près égal à celui des femmes.

Elle va jusqu'à 40 ans sans complication.

L'addition de l'insuffisance aortique au rétrécissement mitral n'est pas favorable à celui-ci.

Comme étiologie, le rhumatisme articulaire aigu est la règle.

Le double souffle intermittent crural est à peu près constant.

On trouve les signes stéthoscopiques du rétrécissement mitral plus ou moins au complet.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 mai 1883. — Présidence de M. MILLARD.

SOMMAIRE. — Correspondance imprimée. — M. Damaschino : *Pseudo-paralysie syphilitique infantile.* — M. Millard : *Note sur un cas de Pseudo-paralysie syphilitique terminée par guérison, chez une petite fille de deux mois et demi.* — M. Duguet : *Le muguet de la gorge dans la fièvre typhoïde.* Discussion : M. Damaschino. — M. Féréol : *A propos de la méthode de Brand.*—M. Rendu : *Note sur deux cas de Fièvre puerpérale survenus à l'hôpital Tenon.*

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — *Rapport sur le système Berlier pour la réception et l'élimination des matières de vidange,* par M. Rousselle. — *Lyon médical.* — *Journal d'hygiène.* — *Bulletin de la Société d'anthropologie.* — *Mémoires de la Société de médecine de Nancy.* — *Journal de thérapeutique* de Gubler. — *Marseille médical.* — *Annales des maladies des organes génito-urinaires.* — *La Tribune médicale.* — *Bulletin médical du Nord.* — *Revue médicale de Toulouse.* — *Le Progrès médical,* etc.

Pseudo-paralysie syphilitique infantile.

M. DAMASCHINO : M. Troisier nous a communiqué dans la dernière séance un cas très intéressant de pseudo-paralysie syphilitique chez un enfant nouveau-né; c'est un exemple remarquable au double point de vue anatomique et clinique de l'affection si bien décrite par M. le professeur Parrot. Je l'ai pour ma part observée un certain nombre de fois, et je suis persuadé qu'elle n'est pas excessivement rare. J'ai particulièrement gardé le souvenir de l'un de ces faits, parce qu'il me permit de rectifier une erreur de diagnostic commise par les élèves de mon service. Il s'agissait d'un enfant de quelques mois qui me fut présenté comme étant atteint de paralysie atrophique; le bras était en effet immobile, mais lorsqu'on lui imprimait le plus léger mouvement, l'enfant poussait un cri; on déterminait également de la douleur en saisissant entre les doigts l'extrémité supérieure de l'humérus. En outre, l'enfant, à l'inverse des jeunes paralytiques par atrophie spinale infantile dont l'état général est des plus satisfaisants, offrait tous les caractères d'une cachexie déjà très avancée. Je n'hésitai pas un seul instant à affirmer qu'il s'agissait d'une pseudo-paralysie syphilitique et non d'une monoplégie brachiale, comme on me l'avait annoncé. Le lendemain, le membre supérieur du côté opposé et l'un des membres inférieurs furent atteints de la même façon. L'enfant mourut, et à l'autopsie j'ai constaté les lésions qui ont été décrites par M. Parrot et semblables à celles que M. Troisier nous a fait voir. Il y avait en outre des altérations viscérales qui ne laissaient aucun doute sur l'existence de la syphilis héréditaire chez cet enfant.

Les autres faits que j'ai observés sont aussi démonstratifs que le précédent, et il me paraît impossible de nier la relation qui existe entre la syphilis héréditaire et ces lésions osseuses.

—

M. MILLARD lit un travail intitulé : *Note sur un cas de pseudo-paralysie syphilitique terminé par guérison chez une petite fille de deux mois et demi.* (Voir l'*Union Médicale* du 2 août 1883.)

M. DUGUET lit la note suivante : *Le muguet de la gorge dans la fièvre typhoïde.* (Voir plus haut.)

M. DAMASCHINO : Depuis la communication que j'ai eu l'honneur de faire à notre Société sur le muguet du pharynx dans le cours de la fièvre typhoïde, j'ai eu l'occasion d'observer trois nouveaux faits de cette complication gutturale. Ces faits confirment absolument mes premières observations, ainsi que celles de mon collègue et ami M. Duguet.

Dans le premier (qui date de six semaines environ), la manifestation a été absolument fugace et eût certainement passé inaperçue, si je n'avais eu le soin d'examiner le pharynx : c'était chez une jeune femme plongée dans un état d'abattement profond et qui ne se plaignait aucunement de la gorge : j'ai constaté sur l'un des piliers palatins

l'existence d'une plaque crémeuse du volume d'une lentille. Dès le lendemain, tout avait disparu.

Chez une seconde malade, également jeune, le muguet était plus étendu; il occupait simultanément le pharynx (notamment les piliers et le voile palatins, sur lesquels on remarquait plusieurs plaques isolées les unes les autres), et en outre la face postérieure des joues, ainsi que la face dorsale de la langue. Je noterai en passant que l'angine crémeuse n'était point le fait d'une contagion nosocomiale, puisque cette angine existait dès le premier jour du séjour à l'hôpital. J'ajouterai, en outre, que, de même que chez l'un des malades dont l'histoire a été rapportée par M. Duguet dans son intéressante communication, après la guérison du muguet, il est survenu des ulcérations du pharynx.

Ce sont là deux manifestations gutturales absolument différentes, qui peuvent coexister ou se succéder, mais qui n'ont en somme aucune relation de cause à effet. Les beaux travaux de M. le professeur Parrot ont en effet démontré que les désordres produits par l'*oïdium albicans*, tout en étant beaucoup plus profonds qu'on ne le pensait autrefois, n'ont cependant pas de tendance à déterminer des ulcérations comparables à celles que nous observons dans le pharynx des typhiques.

Le troisième cas est tout à fait comparable au premier: il s'agit encore d'une plaque localisée exclusivement au pilier antérieur gauche et d'une durée éphémère, observée chez une jeune typhique de mon service qui, elle aussi, a présenté ultérieurement une angine ulcéreuse superficielle.

Ces faits seront d'ailleurs publiés prochainement en détail dans la thèse d'un de mes élèves, M. Lebrun, qui a choisi le muguet du pharynx pour sujet de sa dissertation inaugurale.

—

M. Féréol fait une communication intitulée : *A propos de la méthode de Brand.* (Sera publiée.)

MM. Dujardin-Beaumetz, E. Labbé et C. Paul demandent la parole à l'occasion de cette communication.

La discussion est remise à la prochaine séance.

—

M. Rendu fait une communication sur *Deux cas de fièvre puerpérale survenus à l'hôpital Tenon.* (Sera publiée.)

M. Roques confirme ce que vient de dire M. Rendu relativement à la malade qui a succombé dans son service.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, Troisier.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 février 1883. — Présidence de M. Reliquet.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend : le *Progrès médical,* le *Concours médical,* le *Journal d'hygiène,* le *Journal de médecine de Paris,* la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale,* par M. Barrault, l'*Annuaire des spécialités médicales et pharmaceutiques.*

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. le docteur Baraduc, qui se porte candidat au titre de membre titulaire, et demande un tour de lecture.

M. le docteur Marchal dépose sur le bureau une brochure intitulée : *Considérations critiques sur le massage utérin.*

—

La parole est donnée à M. Duroziez pour la lecture d'un travail intitulé : *Rétrécissement mitral et insuffisance aortique combinée, sans autre lésion vasculaire.* (Voir plus haut.)

—

M. Thorens lit ensuite une *observation de luxation de la phalangine en avant,* et présente les pièces anatomiques résultant d'expériences cadavériques faites pour élucider le mécanisme de cette luxation. (Voir l'*Union Médicale* du 22 juillet 1883.)

DISCUSSION

M. Duroziez demande à M. Thorens si, au point de vue des difficultés de la réduction, il y a quelque analogie à établir entre la luxation qu'il vient de décrire et celles du pouce.

M. Thorens répond qu'il n'a pas éprouvé de difficulté réelle à réduire cette luxation, et qu'il n'y a d'ailleurs aucune comparaison à établir entre ces deux luxations depuis que M. Farabeuf a démontré le rôle des os sésamoïdes dans l'irréductibilité des luxations du pouce.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Dr Gaston Graux.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

XIIe Session a Rouen, du 16 au 23 août 1883.

La séance d'ouverture du Congrès a eu lieu jeudi 16, à deux heures et demie, au théâtre des Arts, relevé, comme le Phénix, de ses cendres, plus beau et plus décoré que jamais. Je dois ajouter, pour expliquer cette phrase à ceux qui ne pourraient la comprendre, que le théâtre des Arts a été brûlé il y a sept ans.

Les honneurs de la séance ont été pour le discours du président, M. Frédéric Passy. L'honorable député, dans un langage plein d'élégance et d'érudition, a fait l'histoire de l'économie politique, en s'attachant à démontrer que cette science est bien française, puisque celui qui en a posé les premières bases certaines est un Rouennais, Boisguilbert, cousin-germain du grand Corneille. Nous n'insisterons pas sur ce discours, qui s'éloigne un peu trop des matières traitées par notre journal.

Le maire de Rouen, M. Ricart, a ensuite souhaité la bienvenue aux membres du Congrès, que la ville attendait depuis leur visite faite il y a six ans, au retour du Congrès du Havre.

Puis M. Gariel, au nom de M. Périer, professeur au Muséum, et secrétaire annuel de l'Association, a lu le compte rendu des travaux des membres du Congrès à la session de La Rochelle, etc., pendant l'année qui vient de s'écouler. M. Périer, on le sait, fait partie de la mission scientifique dirigée par M. Milne-Edwards, et chargée d'explorer le fond de la mer; son absence avait donc une excuse toute légitime.

Parlant ensuite en son nom et au nom du conseil d'administration dont il est le secrétaire, M. Gariel a annoncé la création d'une section de pédagogie. Puis, profitant de l'allégresse que cette nouvelle a jetée dans le cœur de certains de nos collègues, le courageux secrétaire a gourmandé les retardataires qui envoient trop tard les communications qu'ils ont faites au Congrès et qui jettent toujours une perturbation profonde dans l'impression et la distribution du volume de nos comptes rendus. Espérons que les intéressés auront rougi, et, ce qui vaut mieux, auront pris la résolution d'envoyer leur manuscrit dans les délais voulus.

M. Georges Masson, le sympathique libraire, trésorier de l'Association, a captivé encore, par ses chiffres, l'attention déjà pourtant un peu lassée des auditeurs. C'est que ces chiffres sont des plus encourageants. La fortune de l'Association française a en effet augmenté, pendant le dernier exercice, de 120,000 francs environ, par suite du legs de M. Brunet, ancien commerçant, ce qui a porté cette fortune de 330,000 francs environ à 456,000 francs. Notre budget, de 15,000 francs en 1873, après un an d'existence, alors que notre capital était de 130,000 francs, est actuellement de 85,000 francs, et nos recettes annuelles de 65,000 francs. Aussi l'Association peut-elle consacrer 13,000 francs à des subventions scientifiques.

Comparant les progrès de l'Association britannique, sur laquelle la nôtre a été calquée pour ainsi dire, à ceux de l'Association française, M. G. Masson montre que le capital actuel des deux Sociétés est le même, à quelques centaines de francs près; et cependant l'Association britannique a cinquante-deux ans d'existence, et la nôtre date à peine de douze ans. Au train où nous marchons, nous aurons bientôt dépassé notre devancière, puisque celle-ci n'a que 3,500 membres et que nous sommes déjà 4,000. Quand nous aurons cinquante-deux ans, nous disposerons certainement d'un capital de plusieurs millions, et l'influence de l'Association française, qui compte déjà dans son sein un grand nombre d'illustres personnalités, jouira d'une influence immense sur les progrès scientifiques de notre pays et, par suite, du monde entier.

Cette séance si bien remplie, car elle n'a pas duré moins de trois heures, a été suivie de la réunion des membres dans leurs salles respectives pour procéder à la nomination des membres de leur bureau. La section des sciences médicales, obligée de nommer un autre président par la mort regrettable de M. Parrot, a désigné M. le professeur Duplouy, de Rochefort. Les vice-présidents ont été M. Siredey, notre cher collaborateur,

M. Henrot, MM. Th. Duménil et Thierry, de Rouen ; les secrétaires MM. Picqué, L.-H. Petit, Cerné et Petel.

Tant de labeur consécutif méritait une récompense; elle fut donnée le soir aux membres de l'Association dans la salle des réceptions de l'Hôtel de Ville, décorée, illuminée, et garnie d'un somptueux buffet pour la circonstance. Merci à nos aimables hôtes de Rouen.

L.-H. PETIT.

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE L'OPHTHALMIE CROUPALE. — Galezowski.

Iodoforme pulv.	1	gramme.
Vaseline	10	—

Mêlez sur un porphyre. — A l'aide d'un pinceau, et plusieurs fois par jour, on introduit une grande quantité de cette pommade entre les paupières, jusque dans le cul-de-sac conjonctival, pour combattre la conjonctivite croupale. On continue ce traitement tout le temps que dure la suppuration. Cette conjonctivite est toujours très rebelle; les compresses glacées enrayent parfois la marche; mais souvent elle résiste à tous les remèdes.

N. G.

COURRIER

PERSONNEL MÉDICAL DES BUREAUX DE BIENFAISANCE DE PARIS. — M. le directeur de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du 19me arrondissement que, le dimanche 2 septembre, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection de trois médecins.

Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

— M. le docteur Caradec, de Brest, dont nous avons annoncé dernièrement la perte douloureuse, a laissé vacante la place de médecin de l'hospice civil, qu'il occupait si honorablement depuis de longues années. Nous apprenons que notre excellent confrère, le docteur Th. Caradec fils, vient de succéder à son père dans ces fonctions.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE, reconnue d'utilité publique. — *Programme des prix et récompenses à décerner en 1884.*

Le Conseil d'administration de la Société, dans sa séance du 6 juin 1882, a décidé:

1° Que tous les travaux se rapportant à la tempérance et aux boissons alcooliques envisagées sous le rapport soit de leur composition, soit de leur action sur l'économie, seraient admis au concours;

2° Que des récompenses pourraient être accordées aux travaux imprimés aussi bien qu'aux travaux manuscrits envoyés à la Société.

La Société ne met au concours aucune question spéciale, mais elle appelle particulièrement l'attention des concurrents sur les questions suivantes:

De l'alcoolisme héréditaire;

Action sur l'économie des eaux-de-vie de cidre et de poiré;

Mesures qu'il convient de prendre à l'égard des ivrognes d'habitude.

Une somme de 2,000 francs sera répartie entre les auteurs des mémoires couronnés.

Les ouvrages ou mémoires devront être remis au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, avant le 1er janvier de l'année 1884.

Conformément aux dispositions de l'art. 2, § 5, de ses statuts, la Société décernera en outre, dans sa séance solennelle de mars 1883, des récompenses aux instituteurs, chefs d'atelier, contre-maîtres, ouvriers, serviteurs au autres personnes qui seront signalés pour leur active propagande en faveur de la tempérance.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Clinique chirurgicale de la Pitié

(Service de M. Verneuil.

De l'emploi du bain antiseptique dans quelques cas spéciaux.

Depuis la publication du mémoire de M. Verneuil sur les bons effets du bain antiseptique prolongé ou permanent dans les plaies septiques et les inflammations du membre supérieur (1), un grand nombre de praticiens ont employé ce mode de traitement avec le même succès que notre maître. Cependant, comme il n'y a pas de règle sans exception, nous avons cru devoir rapporter deux observations dans lesquelles le bain antiseptique parut rester impuissant.

Dans le premier cas, le malade, diabétique, fut pris sans cause connue d'une lymphangite du pouce qui retentit sur les ganglions épitrochléens et axillaires. Le bain antiseptique parut avoir raison des accidents locaux, mais en même temps apparurent des accidents généraux, fièvre intense, coma, et la mort survint au douzième jour. A l'autopsie, on fut tout étonné de trouver autour du poignet une vaste nappe purulente, dont rien, pendant la vie, n'avait fait soupçonner l'existence.

M. Verneuil donna ce cas comme un exemple de l'influence réciproque d'une affection locale et du diabète; celui-ci provoqua la lymphangite, que le bain antiseptique parut arrêter, mais ce moyen ne put empêcher la formation du phlegmon diffus trouvé à l'autopsie, et qui par son indolence rentrait dans la classe des abcès septicémiques. L'affection locale de son côté aggrava le diabète, qui arriva rapidement au coma dans lequel succomba le malade. La fièvre et les grandes variations de la température signalées au cours de l'observation furent attribuées, comme le phlegmon carpien, à la septicémie provoquée par la lymphangite.

Lymphangite du pouce. — Glycosurie. — Mort au douzième jour. — Abcès septicémiques.

(Observation recueillie par M. Tuffier, interne du service.)

E..., 45 ans, typographe, entre à la Pitié le 16 juin 1883. C'est un homme assez maigre mais bien musclé, de haute taille, qui dit n'avoir jamais été malade et ne présente aucune trace d'affection organique. Il nie la syphilis et l'alcoolisme. Issu d'une famille de rhumatisants, il n'a point eu d'atteinte d'arthritisme; son visage cependant est couperosé au niveau des pommettes et du nez.

Le 9 juin, sans cause connue, sans écorchure ni contusion, une douleur vive survient au niveau du pouce et de l'éminence thénar. Le soir même, on constate du gonflement avec réaction générale, frisson, inappétence, céphalalgie; la nuit suivante est sans sommeil.

Le lendemain, E... essaie en vain de reprendre son travail; l'état général reste mauvais, les frissons se renouvellent, les douleurs et le gonflement ont augmenté.

Les jours suivants, le malade garde le repos et applique des cataplasmes, mais ces moyens restant inefficaces, il entre à l'hôpital. Voici ce que l'on constate.

Rougeur diffuse étendue de la pulpe du pouce à la partie moyenne de l'avant-bras; une phlyctène existe à la racine du doigt, en un point où la rougeur est plus intense; gonflement dur et tendu, sans œdème ni fluctuation. Une incision faite par l'interne de garde au niveau de la première phalange n'a donné issue qu'à quelques gouttes de sang.

(1) *Archiv. gén. de méd.*, juillet et août 1879.

Douleurs spontanées assez vives, surtout pendant la nuit; ganglions épitrochléens volumineux et sensibles; rien dans l'aisselle, les mouvements du pouce sont conservés; l'inflammation est évidemment superficielle.

Etat général fâcheux; soif vive, langue un peu sèche, température à 40°2. Légère divagation sans délire ni agitation. Les urines, examinées aussitôt, renferment une proportion considérable de sucre.

Le malade, interrogé sur ce point, répond qu'il buvait souvent entre ses repas, sans jamais avoir de soif extrême; la nuit, il se levait une ou deux fois, pour émettre l'urine, qui, d'ailleurs, n'était pas très abondante. Il n'est point polyphage.

Diagnostic: lymphangite de la main et de l'avant-bras avec glycosurie. Pronostic très sérieux.

Le membre est placé dans un bain antiseptique tiède d'eau phéniquée à 1 pour 100. Après ce bain il est tenu élevé et enveloppé de compresses imbibées d'eau phéniquée plus forte.

Comme régime, lait et eau alcaline.

17. La température, qui la veille au soir avait atteint 40°6, est descendue le matin à 39°4. L'état local s'est amélioré déjà. La rougeur a disparu à l'avant-bras; le gonflement, la tension persistent au pouce et à l'éminence thénar, beaucoup moins marqués toutefois. Les douleurs sont modérées.

L'état général, en revanche, s'est plutôt aggravé; langue sèche, soif vive, légère stupeur, température à 40°8; le sucre existe toujours et l'albumine apparaît dans l'urine.

18. Le thermomètre ne marque plus que 38°6; l'affection de la main paraît à peu près terminée; on ne trouve plus rien à l'avant-bras ni à l'éminence thénar; le pouce est dégonflé et presque indolent, on y reconnaît à peine encore un peu de rougeur; il semble que le traitement local a rapidement triomphé de la lymphangite. On le continue néanmoins par prudence.

19. Les symptômes généraux paraissent s'aggraver en raison directe de l'amélioration locale. L'état typhique se prononce de plus en plus; le subdélirium est continu. L'examen attentif des viscères ne révèle aucune complication en dehors des altérations urinaires; encore l'albumine a disparu et le sucre a diminué de quantité. On continue le lait et les alcalins, mais on considère le malade comme perdu.

20. E... se plaint vaguement de douleurs dans les genoux et les mollets, mais on ne découvre rien dans ces régions. Le soir même, se déclare un coma qui devient de plus en plus profond et se termine par la mort le 22 au matin. Jusqu'au dernier moment la température est restée très élevée.

Autopsie, 36 heures après la mort. — Point de décomposition précoce du cadavre. Les viscères sont remarquablement sains; nulle part on ne trouve d'infarctus ni d'abcès. Les poumons ne sont pas congestionnés; le foie pèse seulement 1,200 grammes, les reins 410 à eux deux. Le pancréas n'est point hypertrophié. Le cœur, volumineux, pèse 400 grammes; il est flasque, surchargé de graisse; valvule mitrale un peu épaissie; aorte infiltrée de plaques calcaires qui s'étendent à la base des valvules sigmoïdes. Méninges légèrement épaissies; substance blanche finement congestionnée.

La dissection du membre révèle des lésions inattendues.

A la face palmaire du pouce et de l'éminence thénar, en dehors de la gaîne du long fléchisseur, on découvre une nappe purulente qui gagne le creux palmaire, passe sous le ligament antérieur du carpe, s'étend à l'avant-bras sous la peau sans pénétrer dans la grande gaîne commune des tendons fléchisseurs et se termine enfin vers le milieu de l'avant-bras. En aucun point le pus n'est collecté.

L'articulation du poignet, ouverte par sa face postérieure, contient environ une demi-cuillerée à café de pus jaunâtre. L'examen le plus attentif ne fait deviner aucune communication entre la nappe purulente superficielle et la collection intra-articulaire.

Les veines superficielles et profondes de l'avant-bras ne contiennent pas de pus; elles sont perméables.

Toutes les articulations sont ouvertes. Le genou doit seul renfermer à peu près 30 grammes de liquide purulent. Les muscles du mollet ne présentent aucun dépôt métastatique.

Nous citerons tout à l'heure un autre cas dans lequel une lymphangite survenue chez un sujet atteint de diabète, guérit néanmoins par les mêmes moyens qui ont échoué dans le cas précédent, ce qui prouve bien que ce

cas n'était qu'une exception. A la vérité, l'état général du second malade était moins mauvais que celui du premier.

Dans le cas précédent, l'insuccès a été complet, en ce sens que le bain antiseptique, employé chez un sujet atteint de la forme de diabète qui passe pour la plus grave, c'est-à-dire le diabète avec albuminurie, n'a pu arrêter l'affection locale, et que les accidents généraux se sont prolongés jusqu'à la mort inclusivement. C'est à la gravité de l'état général antérieur du patient que M. Verneuil attribue l'apparition de la septico-pyohémie survenue après la guérison presque complète de l'affection primitive.

Ce cas montre d'ailleurs que la septicémie n'a pas disparu tout à fait des salles d'hôpital où l'antisepsie est pratiquée le plus soigneusement.

Cependant il ne faudrait pas mettre l'insuccès au compte de l'impuissance du bain antiseptique, ni conclure du premier à la seconde; le diabète est évidemment le seul coupable. Un autre malade du service de M. Verneuil, dont l'histoire se trouve déjà dans la thèse de M. Jannin (Paris, 1883), montre encore que l'état général peut empêcher le bain antiseptique d'arrêter les accidents locaux; heureusement, cette fois, la cause de l'insuccès fut reconnue et le malade guérit (1).

B..., 32 ans, tonnelier, entre le 16 décembre 1882 à la Pitié, salle Michon, n° 39, pour un panaris de la première phalange du médius droit, consécutif à un léger écrasement du doigt pris entre deux barriques.

Le panaris n'apparut que le 9 décembre, huit jours après l'accident; au bout de trois jours, le malade vint à la consultation, où on fit une incision comprenant toute la première phalange, empiétant de 1 cent. sur la seconde et de 2 cent. sur la paume de la main. Soulagement immédiat; mais bientôt les douleurs reviennent, avec frissons et fièvre, et B... entre à l'hôpital.

La plaie a assez bon aspect ; main légèrement gonflée; ganglions de l'aisselle engorgés, mais non ceux de l'épitrochlée; aucune trace de lymphangite; douleurs très vives depuis l'extrémité du doigt jusqu'au poignet. L'état général est moins satisfaisant : fièvre, appétit nul, agitation la nuit.

On prescrit deux bains phéniqués de une heure et demie à deux heures chaque, un le matin, l'autre le soir. La douleur est à peine calmée, et l'état général reste le même.

Le lendemain 18, la persistance de la douleur et de l'empâtement de la main firent croire à un abcès profond ; une incision pratiquée en conséquence n'amena que quelques gouttes de sang, mais pas de pus. Ce résultat surprit un peu, mais on n'en continua pas moins les bains.

Le 19, l'état local n'a pas changé, les douleurs sont aussi vives, la fièvre persiste. M. Verneuil pense alors qu'une autre cause que le panaris entretient la fièvre et la douleur, et fait administrer le sulfate de quinine. La nuit est bonne, et le lendemain la douleur a diminué et la fièvre a cessé. On apprend alors que les douleurs revenaient par crises, tous les jours et à peu près à la même heure.

On continue la quinine pendant quelques jours. Les douleurs ne revinrent plus, et au bout de la semaine le malade était complètement guéri.

On avait donc affaire ici à un panaris compliqué de douleurs périodiques contre lesquelles les bains antiseptiques et l'incision sont restés impuissants, etqu'un traitement médical a fait disparaître. M. Jannin dit à propos de ce fait qu'on trouve parfois des cas qui, au premier abord, semblent en contradiction avec les propriétés bienfaisantes qu'on attribue aux bains antiseptiques. Quand ceux-ci, administrés convenablement, ne peuvent arrêter la douleur, c'est qu'elle ne dépend pas de l'inflammation contre laquelle ils sont dirigés ; il faut alors chercher une autre cause.

A suivre.

(1) Jannin. *Contribution à l'étude du traitement de certaines affections chirurgicales du membre supérieur par les bains antiseptiques prolongés*. Thèse de doctorat. Paris, 1883.

GYNÉCOLOGIE

MÉMOIRE

sur le

TRAITEMENT DE L'ENGORGEMENT DU COL UTÉRIN

PAR LES CAUTÉRISATIONS AVEC LE CAUSTIQUE FILHOS (1),

(CAUSTIQUE DE VIENNE SOLIDIFIÉ)

Par le docteur G. RICHELOT père,

Médecin inspecteur de l'établissement thermal du Mont-Dore.

III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Je n'ai point à faire ici l'anatomie pathologique de l'engorgement du col utérin. L'état histologique des tissus de l'organe engorgé a été fort étudié; on a décrit bien des fois le museau de tanche plus ou moins volumineux, induré ou ramolli et saignant, dénudé de son épithélium, couvert d'érosions ou d'ulcérations, rouge, granuleux, etc., etc. Mes malades n'ont présenté aucune condition anatomo-pathologique inconnue. Chez deux d'entre elles, toutefois, la maladie avait pris un développement rare dans les deux sens opposés du ramollissement et de l'induration. Chez la malade de l'obs. XI, le museau de tanche, mou, saignant, était tellement augmenté de volume qu'il remplissait toute la partie inférieure du vagin et formait une saillie mollasse entre les grandes lèvres. Chez celle de l'obs. X, le col utérin, énormément développé, était divisé en trois lobes volumineux à surface arrondie et lisse, d'une dureté comme squirrheuse, séparés par trois sillons peu profonds, mais nettement accusés.

Le corps de la matrice participe-t-il à l'engorgement du col, qui est le lieu d'application du traitement local? Bien que je n'aie consigné qu'un petit nombre de remarques sur ce sujet dans mes observations, je n'hésite pas à répondre par l'affirmative, dans le plus grand nombre des cas, principalement chez les femmes qui ont eu des enfants ou des fausses couches. Cette participation a été parfaitement constatée chez six de mes malades citées, et chez plusieurs des autres, elle était probable. On a pu voir dans mes observations que le traitement local a exercé son action sur le corps de la matrice aussi bien que sur le col.

IV. — TRAITEMENT.

Une question extrêmement intéressante pour la pratique se présente en ce moment : quelle est, au point de vue de la guérison de l'engorgement utérin, la valeur relative du traitement général et du traitement local, et, par suite, quelle est l'importance réelle du traitement local?

Quelles que soient les médications constitutionnelles employées pour guérir l'engorgement du col utérin, elles sont généralement impuissantes, soit qu'on les adopte exclusivement, soit qu'on leur associe un traitement local insuffisant. Le fond vrai et efficace du traitement de cette maladie, c'est le traitement local, pourvu qu'il soit assez énergique pour modifier matériellement et plus ou moins profondément les tissus malades. C'est ce qui ressort d'une manière éclatante des observations que j'ai réunies.

Toutefois, ce serait une grave erreur de croire que le traitement local doive être employé exclusivement, si ce n'est dans quelques cas. Une thérapeutique habilement appropriée à la constitution de la malade améliore les états diathésiques, relève l'organisme dévié par la maladie locale, vient en aide au traitement topique et hâte la guérison. Je n'ai jamais traité par

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 août.

l'une des deux médications à l'exclusion de l'autre les malades qui se sont confiées à mes soins.

N'ayant plus à m'occuper du traitement général dans le présent travail, je me hâte de dire une fois pour toutes, que ce traitement m'a toujours paru devoir être tonique.

Que voyons-nous dans mes observations? Presque toujours la maladie se prolonger indéfiniment, sans amélioration durable, souvent même avec aggravation, sous l'influence de médications générales qui paraissaient rationnelles. La malade de l'obs. XI était soumise depuis huit mois, sans aucun effet utile, à des traitements qui s'adressaient exclusivement à sa santé générale, lorsqu'elle me consulta pour un énorme engorgement du col utérin, qui formait une tumeur ulcérée et saignante entre les grandes lèvres. Les cautérisations avec le caustique Filhos ont amené en deux mois et demi une guérison si parfaite que, peu de temps après, la jeune femme est redevenue enceinte, et qu'elle a eu une grossesse et un accouchement très heureux. Et ce cas est très démonstratif en faveur du traitement local; car, la maladie n'ayant pas eu encore le temps d'altérer notablement la santé, le traitement a été presque exclusivement local, et les moyens constitutionnels réduits à très peu de chose. Dans l'obs. VI, l'état local a été également négligé d'une manière complète par les médecins de la malade. Mais en revanche, la thérapeutique générale a été abondante: saignées générales, saignées locales, magnésie, sous-nitrate de bismuth, préparations ferrugineuses, eau de Vichy, etc., etc. Toutes ces médications n'ont rien produit de bon. Elles ont laissé marcher et s'aggraver pendant onze ans la maladie qui était la seule cause de toutes les souffrances! L'obs. II est curieuse; la malade a été traitée pendant un an par les moyens suivants: trois saignées du bras; trois applications de sangsues directement sur le museau de tanche; large vésicatoire sur l'hypogastre tous les mois; purgation une ou deux fois par mois; frictions avec la pommade à l'iodure de plomb sur le bas-ventre, suivies de cataplasmes de farine de graine de lin; bain entier tous les deux jours; préparations ferrugineuses. Après une année entière de ce travail compliqué, la malade était au moins aussi mal qu'avant. C'est que ces moyens thérapeutiques ne pouvaient avoir aucune action directe sur les tissus malades, qui avaient besoin d'être matériellement et énergiquement modifiés. En effet, après quatre mois et demi d'un traitement méthodique par les cautérisations avec le caustique Filhos, la jeune femme était bien guérie et redevenait enceinte. La malade de l'obs. X, elle aussi, avait été traitée exclusivement par les agents constitutionnels pour un énorme engorgement du col qui formait une triple tumeur de dureté squirrhoïde. Ce mode de traitement était resté complètement nul dans ses effets; et il ne pouvait pas en être autrement.

Dans les cas où les cautérisations avec la pierre infernale, traitement local insuffisant, avaient été associées à la médication générale, les résultats, comme dans les cas précédents, ont été déplorables. La malade de l'obs. III a été traînée avec ses souffrances pendant trois années, et celle de l'obs. VII, pendant quatre ans entiers!

De ce qui précède, il résulte que la base fondamentale de la médication de l'engorgement du col utérin, c'est le traitement local perturbateur et reconstitutif par un agent énergique, le feu ou un caustique puissant. Ces considérations me semblent justifier suffisamment le soin que je prends aujourd'hui d'exposer à mes confrères les résultats que j'ai obtenus des cautérisations avec le caustique Filhos.

(A suivre.)

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

EGYPTE. — Le 16 août, il y a eu 50 décès à Alexandrie, 69 dans le Béhéra, 10 dans le Garbieh, 44 dans le Charkieh, 5 à Rosette, 5 au Caire, 48 à Gizeh, 9 dans le Menoufieh, 23 dans le Benisouef, 103 au Fayoum et 105 dans le Girgeh.

Pendant la dernière semaine, le choléra a fait 300 victimes à Alexandrie, et dans toute l'Egypte 23,244 depuis le début de l'épidémie. Enfin, les troupes anglaises ont perdu 3 officiers et 125 soldats.

Le 17 août, le nombre des victimes diminue encore dans le Delta, où il n'est que de 45, et au Caire, où il ne s'élève qu'à 4. Dans la Haute-Egypte, le choléra augmente, et on constate une mortalité de 50 cas dans le Benisouef, 49 à Gizeh, 20 au Fayoum, 63 dans le Monieh, 100 dans le Girgeh et 49 à Siout. La violence augmente aussi à Alexandrie, où 52 cholériques ont succombé.

Le 18 août, il a été constaté 312 décès dans la Haute-Egypte, 54 dans le Delta, 32 à Alexandrie et un seul au Caire. — L'épidémie semble s'éteindre au Caire, mais elle reste stationnaire à Alexandrie, tandis que sa violence augmente dans le Monieh et le Girgeh.

INDES. — Le choléra sévit avec un redoublement de violence à Bombay. En effet, d'après une dépêche adressée au gouvernement anglais par la vice-roi des Indes, le nombre des décès y est considérable depuis un mois. Dans la quinzaine finissant le 7 juillet, on comptait seulement 32 décès cholériques; du 7 au 21, ce nombre s'est élevé à 106, et du 21 juillet au 5 août à 202. — C. E.

Le service de santé anglais en Egypte (1).

VIII

La Commission d'enquête instituée par le ministre de la guerre sous la présidence de lord Morley, sous-secrétaire d'Etat à la guerre, dans le but de faire la lumière sur les faits et gestes du service de santé en Egypte, a terminé son rapport présenté aux deux Chambres le 26 mai dernier.

Ce rapport ne constitue rien moins qu'un volumineux *Livre Bleu* de plus de 800 pages à deux colonnes d'impression, où se trouvent condensés les résultats de la plus consciencieuse des enquêtes et de l'interrogatoire des témoins de toutes conditions, depuis les ducs de Cambridge et de Connaught, le général en chef, jusqu'au simple soldat et au dernier des *orderlies*, indistinctement appelés à fournir leur quote-part d'éclaircissements aux 14,089 questions posées par le Comité.

L'analyse de ce document de haute impartialité et qui ne laisse subsister, nous pouvons le dire dès à présent, aucun des griefs articulés avec une légèreté sans excuse, forme la conclusion toute naturelle de ces articles.

Les débuts sont consacrés à l'exposé des dispositions prises par la guerre pour assurer le service médical en Egypte, au dénombrement du nombreux personnel et de cet abondant matériel, technique et accessoire, dans le choix duquel on avait semblé faire acte d'une prévoyance et d'une libéralité allant au delà de tous les besoins.

Pour ne pas exactement concorder avec les chiffres grossis par l'exagération enthousiaste de la première heure, on doit reconnaître qu'un personnel de 163 officiers de santé, 835 officiers et hommes de l'Army Hospital Corps, 30 sœurs garde-malades, etc., que l'hospitalisation assurée par 2,900 lits en dehors du matériel de la marine et des transports, et le reste à l'avenant, répondaient à toutes les éventualités.

Des cartes très claires font suivre les mouvements de troupes, désignent l'emplacement des hôpitaux mobiles et sédentaires dont le rôle et les services, dans les différentes phases de l'action, sont individuellement relatés.

La Commission a examiné les critiques adressées à l'Army Hospital Corps; et comme, ainsi que pour toute la matière de son enquête, elle a pour mission de préparer l'avenir en éclairant le passé, elle formule les *desiderata* et indique les réformes dont l'institution lui paraît susceptible. L'éducation technique de ces hommes est incomplète; leur service du temps de paix ne les initie pas suffisamment aux conditions particulières du service en campagne; les panseurs sont peu exercés; la cuisine est par trop primitive; le niveau de ce corps devra être relevé par une solde supérieure.

C'est à propos de l'hôpital d'Ismaïlia que se sont élevées les récriminations les plus vives. Nous avons déjà dit l'embarras que le retard du *Carthage*, retenu à Alexandrie,

(1) Suite et fin.

avait apporté dans l'organisation de cet hôpital. Lorsque le *Carthage* débarqua enfin le 27 août le matériel attendu depuis le 22, il fallut au préalable faire place nette de tout le matériel d'ambulance mobile qui l'avait suppléé jusqu'ici et qu'on réclamait instamment ailleurs. Double désarroi !

Il est patent que le médecin en chef du corps expéditionnaire, non plus que le commissaire général ne furent avertis en temps utile du changement de la base d'opérations. On n'a pas été peu étonné de la vivacité avec laquelle le général Wolseley dans sa déposition a chargé les chefs de service d'Ismaïlia, alors que, dans ses deux visites successives, il n'avait eu, pour les docteurs Beath et Veale, que des paroles obligeantes : on avait abusé de la viande de conserve ; les animaux abattus n'avaient fourni qu'une viande sèche et sans goût, quand, le défaut de soins et la chaleur aidant, elle n'était pas gâtée en quelques heures. Le pain présenté à Wolseley n'était pas mangeable (*umfit for human broad*), etc. Sur la réponse du médecin que des plaintes avaient été faites au commissariat, lequel se rejetait sur la mauvaise qualité des farines moisies arrivées d'Angleterre, le général répliquait, avec plus de logique que de connaissance de la réglementation administrative, que c'était à lui à s'en procurer à n'importe quel prix, fût-ce à une livre sterling la livre, dans les bazars d'Ismaïlia. Il invoquait, exemple peu concluant, que sa table n'avait jamais manqué de pain et de viande de la meilleure qualité. La vérité est que tous les approvisionnements locaux étaient épuisés.

Même scène au Caire, où le général ne s'expliquait pas « qu'avec les ressources d'une ville de 300,000 habitants, on ne fût pas en possession, dès 2 ou 3 jours après l'entrée, d'une installation comparable à celle des meilleurs hôpitaux de Londres ». Au lieu de cela, il trouve « les malades couchés sur des paillasses, par terre, malpropres, sans effets de rechange ; les ophthalmiques sous la tente, dans les jardins, dévorés par les mouches, réédition d'une plaie d'Egypte ». Et comparant au petit hôpital particulier installé par lady Strangford, qui avait découvert des lits en bois de palmier, des chasse-mouches, des moustiquaires, etc..., il s'irrite et, retombant dans les mêmes confusions d'attributions, il s'en prend aux médecins.

John Adge, chef d'état-major général, n'a point suivi son chef dans ses récriminations rétrospectives, et, dans sa déposition pleine d'intérêt, sir W. Mac Cormac, chirurgien d'un grand hôpital de Londres, témoin autorisé s'il en fût, rend hommage aux efforts déployés par les médecins à tous les degrés et aux résultats sans précédents en chirurgie d'armée, auxquels ils sont arrivés dans des circonstances difficiles. Chirurgien en chef de l'ambulance anglo-américaine à Sedan, il aurait envié pour ses blessés le large confortable et les soins minutieux des blessés de l'armée d'Egypte. Osera-t-il comparer les résultats? On n'a pas eu à constater, en Egypte, un seul cas de maladie chirurgicale infectieuse ; la pyémie, l'érysipèle, la gangrène sont restés inconnus. La mortalité des blessés n'a pas dépassé 3,02 p. 100. Sur 1,494 cas d'inflammations oculaires, pas une seule vue compromise. Dans la campagne égyptienne du commencement de ce siècle, au rapport de Mac Grégor, les Anglais avaient eu plus de 50 hommes aveugles et les Français plus de 1,000.

Ces chiffres sont attestés par le rapport du médecin en chef, dont la statistique part du 17 juillet, jour du débarquement à Alexandrie, au 9 octobre, limite artificielle, à vrai dire, embrassant la durée de son mandat, et la période en dehors de laquelle la *force in Egypt* (c'est ainsi que le corps d'occupation est désigné dans l'Army List) cesse d'être considérée comme une armée en campagne.

Sur 13,013 officiers et soldats, ne comprenant pas les hommes de la marine royale, mais les Européens du contingent indien, on compte 7,590 entrées aux hôpitaux, parmi lesquels 378 blessés au feu (1) ; le reste, 7,212 hommes, composés de fiévreux et de blessés en dehors de l'action ; 172 décès : 74 à la suite d'affections internes, 5 d'accidents ; sur les 91 restants, 82 morts sur le champ de bataille et 11 à la suite de blessures. On ne peut dissimuler que la situation fût un instant critique, témoin l'état de cette semaine de septembre :

	Admis aux hôpitaux, parmi lesquels :	Ophthalmiques.
18 septembre. . . .	111	20
19 —	83	24
20 —	108	24
21 —	234	65
22 —	129	38
23 —	98	44
Total. . .	763	213

(1) Sir W. Mac Cormac donne le chiffre de 430 blessés, qui comprend probablement les pertes de la marine et du contingent indien.

Ainsi la proportion des malades aux hôpitaux a atteint 582.3 p. 1000 et la mortalité 13.21. Le chiffre des évacués à Malte et en Angleterre est de 2,321 hommes.

A la date du 9 octobre, il restait 1,444 malades en traitement dans les ambulances d'Egypte. On compte 10 officiers tués, 52 blessés (2 sont morts) et 48 évacués en Angleterre.

L'enquête particulière déjà faite par M. E. Hart, dont nous avons rapporté les principales conclusions, relativement aux conditions dans lesquelles se sont faites les évacuations par les transports, nous dispense d'entrer avec le rapport officiel dans les détails de cette partie du service. On reconnaît que le *Courland* ne remplissait pas par ses petites dimensions et les dispositions démodées de son aménagement, les conditions requises pour une aussi longue traversée. Le *Malabar* convenait mieux à son rôle. Distribué pour 1,500 hommes valides, les 201 malades qu'il embarquait à Ismaïlia le 7 septembre y trouvaient toutes leurs aises. L'interrogatoire de plusieurs officiers du bord et de passagers n'apporte aucun renseignement nouveau. Les blessés guérirent à bord avec une rapidité remarquable. En passant à Gibraltar, on télégraphie à Londres le nombre des blessés et des malades par corps, et, à l'arrivée à Portsmouth, les marins furent dirigés par eau sur l'hôpital maritime d'Haslar, et les malades de la guerre sur Netley. Netley a reçu, jusqu'à la fin d'octobre, 13 officiers et 839 hommes malades, parmi lesquels 280 blessés placés dans le service de Longmore.

Nous avions exprimé, dès le début, nos réserves sur le choix de Chypre, que sa proximité (à 24 heures de l'Egypte) avait fait désigner, comme hôpital-base en même temps que Malte. Ces scrupules étaient partagés. L'emplacement de cet hôpital avait été d'abord fixé dans les hautes terres, sur le mont Troados ; puis, au commencement d'août, on préféra Polyménie, plus près du port d'embarquement. Wolseley avait toujours réprouvé cette idée d'un hôpital de convalescents à Chypre, « pays qui n'est pas plus sain que l'Egypte » ; et c'est probablement sur ses instances que le ministre de la guerre en avait, dès le mois d'août, décidé la suppression définitive. Un convoi de 72 malades, le seul probablement, partit pour Chypre le 6 septembre ; 300 malades avaient reçu la même destination, quand intervint, le 13, la bataille de Tell el Kebir. Le matériel de l'hôpital dissous fut expédié au Caire, où il apporta, au commencement d'octobre, un renfort bien nécessaire. Pour faire suite à ces mêmes procédés d'oubli involontaire ou prémédité, le médecin en chef ne fut informé officiellement de cette décision qu'au mois de janvier 1883, 4 mois après !

Le rapport, dont la troisième partie, que nous ne pouvons qu'effleurer, est consacrée surtout à l'expression des *desiderata* du service de santé, formule le désir de voir la direction absolue et sans partage des hôpitaux confiée aux médecins. Après avoir longuement discuté l'opportunité de l'adjonction d'un commandant militaire, on a reconnu unanimement l'impossibilité d'obtenir, avec le dualisme, un régime assurant une organisation homogène et une direction exempte de tiraillements, pourvue d'initiative et de moyens d'action en rapport avec sa responsabilité. L'autorité militaire locale conservera un droit de surveillance supérieure, comme à l'égard de tout autre établissement militaire.

L'utilisation des sœurs garde-malades est chaleureusement recommandée.

Dans le but de familiariser les officiers de santé et leurs auxiliaires avec les détails du service et du matériel des hôpitaux de campagne, quelques ambulances devront être installées en temps de paix et utilisées en permanence.

La compagnie de brancardiers, telle qu'elle existe aujourd'hui, est trop forte et trop chargée ; c'est aux dépens de sa mobilité et de l'efficacité de la direction ; elle devra être dédoublée. Il en est de même des ambulances qui, de 200 lits, doivent être abaissées à 100 lits. Le matériel devra être serré dans des caisses susceptibles d'être portées à dos de mulet, en place de ces encombrantes voitures, absolument inutilisables dans une guerre comme celle d'Egypte. Les moyens de transport affectés aux ambulances ne seront sous aucun prétexte détournés de ce service.

Nous ne suivrons pas le rapport dans ses considérations sur le rationnement dans les hôpitaux, à régime fixe ou variable, sur le recrutement et l'avancement du corps de santé anglais, etc. Il propose d'accepter les services des Sociétés de secours aux blessés, qui n'avaient pas été admises en Egypte, à condition qu'elles soient rangées sans réserve sous l'autorité du commandement.

L'enquête ne suit pas l'armée au delà des premiers jours de l'occupation du Caire, où nous l'avons laissée en proie à une grave épidémie de fièvre typhoïde, qui n'est que la première épreuve de son acclimatement. Au 12 janvier, on comptait encore 1,675 hommes aux hôpitaux sur 12,633 (13,2 p. 100), et 28 officiers sur 382. La cavalerie, toujours la plus atteinte, avait 21 p. 100 de son effectif à l'hôpital ; l'artillerie 19 p. 100. La gar-

nison du Caire avait eu 518 entrées nouvelles dans les quinze jours précédents avec 11 décès, dont 10 de fièvre typhoïde. Le 10 mars, à la Chambre des communes, le chancelier de l'Echiquier annonçait que cette atténuation de la morbidité continuait, se rapprochant tous les jours de celle des garnisons de l'intérieur. Le corps d'occupation a été réduit à 8,000 hommes, puis à 7,000; cet effectif paraît devoir être encore diminué quand les troupes indigènes, dont l'organisation a été confiée au général Wood, seront jugées en état de fournir un appoint sérieux. Ces 7,000 hommes, avec 1,200 chevaux, 600 mulets, sont répartis entre Alexandrie, le Caire et Ismaïlia, sous les ordres du lieutenant-général Stephenson.

L'histoire médicale de cette petite armée se confond aujourd'hui avec celle des corps d'occupation des colonies, et c'est dans les colonnes de l'*Army medical Department Report*, qu'il convient de cher- cher désormais les bulletins de sa santé.

Cette solution met fin à la tâche que nous poursuivions ici depuis près d'un an, et que nous avions assumée avec quelque témérité peut-être, en l'absence de tout guide et de tout modèle dans la presse anglaise, qui, aujourd'hui même, n'a pas encore comblé cette lacune. Réduit à compulser toutes les productions d'une presse exubérante, journaux militaires et médicaux, grande presse, revues, correspondances, bulletins et documents officiels, et à extraire de toute cette ivraie le bon grain de notre étude spéciale, cette œuvre de patiente sélection n'a pas toujours été exempte de labeurs et de difficultés. Entre tous les périodiques médicaux, le *British medical Journal* se distinguait par l'intérêt de ses correspondances et la précision de ses informations.

Dans la *Lancet*, le *Medical Times and Gazet*, renseignements beaucoup plus discrets. Un recueil allemand, le *Deutsche militärärztliche Zeitschrift*, journal de médecine militaire de Berlin, a donné quelques brefs comptes rendus de la guerre d'Egypte, généralement d'une très lointaine actualité, et dont nous avions pu, bien antérieurement, reconnaître et exploiter les sources. Enfin, tout récemment, un médecin militaire autrichien, le docteur Myrdacz, l'auteur déjà apprécié d'une histoire statistique de l'occupation de la Bosnie et de l'Herzégovine, a fait sur le même sujet, à la Société des médecins militaires de Vienne, une intéressante conférence insérée dans les derniers numéros du *Wiener medizinische Presse* (avril et mai 1883, n[os] 13-19).

Si cette lecture, comme celle du *Deutsche militärärztliche Zeitschrift*, comme celle du rapport de la Commission Morley, ne nous a guère apporté d'élément nouveau, de fait ou d'appréciation, elle nous a procuré la satisfaction de constater qu'aucun incident de quelque importance, qu'aucun détail technique intéressant n'avaient échappé à notre instruction, et qu'au moins, en ce sens, le but de nos efforts avait été atteint.

R. Longuet.

JOURNAL DES JOURNAUX

Revue des Journaux italiens.

Injections sous-péritonéales d'albuminate de fer dans le traitement de l'anémie chronique. — M. le professeur A. Vachetta, frappé des résultats obtenus par cette préparation martiale, employée dans la forme ordinaire, a recherché si le péritoine n'absorberait pas mieux et plus vite que la muqueuse gastro-intestinale; il résulte de ses expériences faites sur des chiens, que l'albuminate de fer a une rapidité d'action bien plus grande par la séreuse péritonéale que par les autres voies et n'offre aucun inconvénient. (*Gazz. degli ospitali*, n° 35).

— *Etude préventive sur le traitement du décollement de la rétine*, par M. le professeur R. Castorani. (*Rivista clinica dell' Universita di Napoli*, supplemento mensile della *Gazzetta degli ospitali*, avril 1883). — C'est au moyen de l'iridectomie que le professeur napolitain est parvenu à modifier l'acuité visuelle de deux de ses malades atteints de décollement de la rétine. On a, du reste, déjà employé cette méthode dans le traitement de la choroïdite; il n'est donc pas surprenant qu'il ait pu donner de bons résultats dans le décollement rétinien; mais il manque toutefois, pour sanctionner définitivement ce procédé, une série nombreuse de faits que l'auteur nous promet de recueillir.

— Vingt-deux cas de *conjonctivite granuleuse* ont été guéris par M. le docteur Peschel, Turin, au moyen d'instillations, répétées en moyenne quatre ou cinq fois par semaine, d'une macération fraîche de jéquirity. L'ophthalmie purulente consécutive à l'action du remède n'a présenté aucune gravité spéciale. (*Gazz. degli ospitali*, n° 39.)

— Deux cas de *paralysie infantile* (polyomyélite centrale antérieure aiguë), chez deux

babys âgés l'un de 4 ans, l'autre de 5 ans, ont guéri rapidement malgré l'ancienneté de la maladie (trois et quatre ans) sous l'influence de la strychnine, deux pilules par jour de la masse suivante pendant six semaines :

Sulfate de strychnine. . . . . . . un centigramme.
Extrait de gentiane. . . . . six —

Pour 20 pilules.

(Dr Luigi Petrone : in *Gaz. med. ital. provincie venete*, n° 22.)

— M. le docteur Giorgieri a observé, dans la clinique de Parme, deux cas de lathyrisme, c'est-à-dire d'empoisonnement causé par l'usage prolongé du pain fabriqué avec la farine de cicerchia ou cicerchina (*lathyrus sativus, lathyrus cicera*, Linnée.)

Déjà quelques travaux avaient appelé l'attention des praticiens sur cette intoxication ; nous rappellerons ceux de MM. les professeurs Cantani, Brunelli, Majocchi, Scalzi, etc. La maladie, étudiée sous ses différents aspects, offre de nombreux points de ressemblance avec les troubles trophiques de l'ataxie locomotrice. On ne sait pas encore au juste le siège de la lésion, mais on a reconnu l'impossibilité d'obtenir la guérison définitive des symptômes qui caractérisent cette intoxication. (*Annali universali di med. et chir.*, n° d'avril.)

— La Société médico-chirurgicale de Bologne a enregistré, dans la séance du 23 février 1883, une communication des plus importantes de M. le professeur G.-B. Ercolani sur les altérations pathologiques du placenta par la syphilis ; c'est un travail complet sous la forme modeste d'une monographie. (*Bullett.*, etc., n° 4, avril 1883.)

— *Contribution italienne* relative à l'élongation des nerfs dans différentes maladies, par M. le docteur Luigi Medini. (In *Bullet. delle scienze mediche della Societa med. chir. di Bologna.* Mars, n° 3.)

	Cas.	Succès.	Insuccès.	Améliorations.	Résultats incertains.	Morts.
Névralgies.	50	42	3	1	3	1
Névrites	3	3	0	0	0	0
Contractures.	1	0	0	1	0	0
Maladies des centres nerveux.	10	0	3	4	0	3
Paralysies	1	0	0	1	0	0
Tétanos.	7	2	1	0	0	4

— MM. les professeurs Morselli et Buccola, de Turin, ont communiqué à l'Académie royale de médecine de cette ville une étude clinique très curieuse sur cette variété de vésanie connue sous le nom de *folie systématisée primitive*. (In *Giorn. della R. Academia di Torino*. Avril et mai, nos 4 et 5.)

— *Altérations dans la veine cave inférieure compliquant la cirrhose hépatique*. Communication préventive de M. le professeur A. de Giovanni, de Padoue. (In *Rivista clinica*. Avril et mai, nos 4 et 5.)

La cause principale de l'œdème dans les maladies de foie résulterait, d'après l'auteur, d'un état morbide de la veine cave ascendante qui altérerait la fonction physiologique de ce vaisseau. La lésion peut consister en une hyperémie avec trace de phlébite, ou bien en un aspect nacré, tendineux à l'extérieur, avec augmentation de l'épaisseur des parois et dilatation du calibre du vaisseau.

— Le numéro de juin du même journal publie : un travail critique de M. le professeur Ercole Galvagni sur le rapport qui existe entre les spasmes posthémiplégiques et les affections des couches optiques ; — une Revue thérapeutique du même auteur ; — une Contribution à l'étude de l'hépatite interstitielle flacide de M. le docteur Mazzotti ; — enfin, une observation remarquable, avec lithographies à l'appui, d'un cas d'étranglement intestinal, par M. le docteur Ferraresi.

Millot-Carpentier.

La Société de médecine de Nancy en 1881 et 1882.

S'il faut juger, et cette base d'appréciation est la plus équitable, de la valeur d'une Société savante par le nombre et l'importance de ses travaux annuels, la Société de médecine de Nancy est l'une des plus laborieuses de notre pays. Placée sur cette frontière politique que nos malheurs nationaux nous imposent, elle est aussi l'avant-garde du mouvement médical dans nos provinces de l'Est et sert de trait d'union entre les médecins d'Alsace-Lorraine et leurs confrères de la mère-patrie.

La Société de Nancy est donc à l'honneur; honneur douloureux peut-être, mais honneur patriotique assurément. Elle en est digne par les travaux de ses membres, l'animation de ses séances et l'intérêt des discussions scientifiques qui s'y traitent.

Enfin, circonstance rare certainement et que le mérite des services rendus autorise bien, elle est consultée et toujours écoutée avec déférence par l'administration départementale. C'est ainsi que pendant l'année 1881-1882 elle a été appelée à délibérer sur l'origine et les causes de l'épidémie typhoïdique de la ville de Nancy. Dans ces débats toujours intéressants, nos honorables confrères incriminaient avec raison les défectuosités de l'hygiène publique de la ville. A Nancy en effet, comme ailleurs, les égouts fonctionnent mal, communiquent directement avec les habitations en l'absence de siphon ou d'appareil interrupteur sur les tuyaux de chute. De là des émanations pestilentielles dans les appartements habités et la pollution des eaux potables. Améliorer les égouts par un lavage abondant qui serait la conséquence nécessaire d'une large distribution d'eau, était donc le meilleur et le plus sage moyen de diminuer l'insalubrité de ces égouts. Tel a été l'avis de la Société médicale nancéenne.

Là-bas aussi, la question des logements insalubres n'est pas mieux résolue que dans la capitale. L'hygiène privée y laisse bien à désirer; de sorte que la Société de médecine, avec tous les hygiénistes, arrive à cette conclusion: que l'eau et l'air à profusion sont les moyens d'assainissement les plus efficaces.

Cette épidémie a donné lieu à des travaux sur la fièvre typhoïde, parmi lesquels nous citerons ceux de M. Hecht *(Essai sur l'étiologie de l'endémie typhoïde à Nancy);* de M. Lallement *(Question d'hygiène municipale);* de M. Spillmann *(Observations de gangrène vulvaire dans la fièvre typhoïde),* et enfin l'allocution si savante et si médicale prononcée à la séance solennelle par M. Parisot sur *l'instinct dans la fièvre typhoïde,* surtout au point de vue de l'alimentation.

Parmi les communications de pathologie médicale, nous signalerons celle de MM. Bernheim et Schmitt sur la *sclérose spinale en plaques;* de ce dernier, sur le *cancer de l'œsophage et de la trachée avec rétrécissement de ces conduits;* de M. Sizaret sur les *théories de l'hallucination,* et enfin les *expérimentations d'hypnotisme et de somnambulisme* faites par M. Dumont.

L'activité des chirurgiens n'a pas été moindre que celle des médecins. Parmi les communications de M. Weiss, on lira avec intérêt celle qui a pour titre : *De la chloroformisation la tête en bas suivant les préceptes de Rose, de Zurich.* M. Rohmner, a exposé l'histoire d'une *fracture du crâne avec hémorrhagie sous-méningée comprimant l'hémisphère gauche au niveau des circonvolutions qui entourent le sillon de Rolando,* et M. Gross, celle d'un cas d'*éléphantiasis des paupières et de la région temporale.*

En gynécologie, M. Herrgott fait connaître l'existence d'un *frottement péritonéal* audible et perceptible au toucher chez les femmes ayant un commencement de péritonite. De plus, il a pu retrouver l'origine *historique de la version podolique,* et donner à la Société la primeur de cette découverte bibliographique d'après les fragments du Traité des maladies des femmes de Soranus, «d'Ephèse». Ce sont des recherches qui ont à la fois un intérêt d'utilité et de curiosité.

M. Spillmann a étudié l'influence de la *destruction du chancre comme moyen abortif de la syphilis* et constaté à nouveau que cette opération n'a pas la valeur prophylactique que ses inventeurs lui attribuent. En ophthalmologie, M. Charpentier a fait connaître ses recherches sur les *conditions physiologiques et la détermination de l'acuité visuelle;* et M. Stœber une échelle destinée à déterminer la simulation de l'amaurose. Enfin, à propos des *ptomaines*, M. Garnier a fait une importante lecture sur les moyens de reconnaître leurs réactions. Ainsi donc, la chimie et la médecine légale ont été représentées comme les autres branches des sciences médicales. Cette savante société pourrait donc paraphraser le proverbe du sage romain et répéter avec quelque raison une phrase devenue banale à force d'être vraie: *Nihil medicinæ alienum puto.*

Nancy est donc, grâce à sa Société médicale, un centre d'activité scientifique important. Ces travaux cliniques et ces recherches de laboratoire témoignent du patriotique dévouement du corps professoral de sa Faculté pour lutter contre le redoutable voisinage de l'Université allemande de Strasbourg. C'est assez dire que les *Mémoires* de la Société médicale nancéenne, si riches en documents, en observations, en communications variées, ont leur place dans toutes les bibliothèques, et méritent d'être lus ou consultés avec profit par tous les travailleurs. Nous exprimons donc à nos confrères de l'Est toute notre sympathie pour leurs laborieux efforts et toute notre admiration pour leurs remarquables travaux!

Ch. Eloy.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 10 au 16 août 1883. — — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 977. — Fièvre typhoïde, 38. — Variole, 3. — Rougeole, 21. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 19. — Diphthérie, croup, 23. — Dysentérie, 2. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 49. — Phthisie pulmonaire, 161. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 49. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 40. — Bronchites aiguës, 17. — Pneumonie, 54. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 95; au sein et mixte, 59; — inconnues, 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 79; circulatoire, 54; respiratoire, 57; digestif, 53; génito-urinaire, 21; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulat. et muscles, 5. — Morts violentes, 41. — Causes non classées, 6.

Résumé de la 33e semaine. — Le chiffre de 977 décès, notifié au service de la statistique municipale pendant la période du 10 au 16 août, est inférieur au chiffre de la période précédente, 998, et la moyenne des décès des quatre dernières semaines 985.

La comparaison des nombres de décès dus aux maladies épidémiques avec les nombres des précédentes périodes et l'examen du relevé des admissions dans les hôpitaux donnent lieu aux observations suivantes :

La Fièvre typhoïde a causé 38 décès, au lieu de 37, 30 et 32. Pendant la semaine correspondante des années précédentes, les chiffres des décès ont été : en 1880, de 25; en 1881, de 50; en 1882, année d'épidémie, de 106. Si l'on ne tient pas compte de ce dernier chiffre, on voit que le nombre de 38 constaté pendant la 33e semaine de cette année n'a rien d'anormal. Les admissions dans les hôpitaux ont pourtant été plus nombreuses pendant la période du 6 au 12 courant que pendant la période antérieure (147 au lieu de 132) et, d'autre part, plusieurs de nos confrères nous signalent quelques épidémies locales.

La Variole continue à ne causer qu'un très petit nombre de décès (3, au lieu de 4, 8 et 12). Il en est de même de la Scarlatine.

Le chiffre des décès dus à la Rougeole est retombé de 30 à 21. Enfin la Diphtérie et le Croup ont occasionné 23 décès, à peu près le même nombre que pendant les trois semaines précédentes. Les hôpitaux ont admis 22 diphtériques au lieu de 30.

Les autres maladies qui ont causé le plus de décès sont : la Phtisie pulmonaire (161, au lieu de 185, 169 et 181), la Pneumonie (54, au lieu de 39, 43, 64) et l'Athrepsie, 158. Ce dernier chiffre dépasse notablement ceux des précédentes semaines qui étaient — en allant des plus récentes aux plus éloignées — de 136, 114, 131.

C'est donc, cette fois encore, aux vieillards et aux adultes qu'a profité l'abaissement général de la mortalité.

Le service de statistique a reçu notification de 420 mariages et de 1,140 naissances vivantes, sur lesquelles 880 étaient légitimes, 260 illégitimes. Le nombre des enfants morts-nés ou morts avant l'inscription s'est élevé à 68, dont 20 illégitimes.

Dr Jacques Bertillon,

Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

Nécrologie. — Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur E. A. Homolle, décédé subitement le 18 août 1883, à l'âge de 75 ans.

M. Homolle était un de nos plus vieux et de nos plus dignes amis. D'étroites relations l'attachaient à l'*Union Médicale* depuis sa fondation, et tous nous avions pu apprécier pendant de longues années les qualités de cet excellent praticien et de cet homme de cœur. C'est avec un profond chagrin que nous envoyons à notre affectionné collègue, le docteur Georges Homolle, à l'occasion du malheur qui vient de le frapper, l'expression de notre plus vive sympathie.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

BULLETIN

L'*Union Médicale* n'a pas la prétention de réformer la société ; mais puisque les intérêts professionnels sont inscrits en tête de ses colonnes, il est juste qu'elle s'émeuve au récit des tribulations dont la société paie trop souvent la science et le dévouement des médecins. La bureaucratie avec toutes ses vexations, l'abus des règlements et des formalités, sont une des plaies de notre pays ; nul ne l'ignore, et ce n'est pas nous qui l'avons inventé. Mais les insanités dont nos administrations nous offrent à chaque instant de si beaux exemples, nous touchent particulièrement quand elles s'adressent au corps médical, et quand elles ont pour effet de demander à nos confrères non-seulement des services désintéressés, mais des démarches puériles, des efforts sans but, des pertes de temps et des fatigues sans compensation d'aucune sorte.

La manie des paperasses, des visas, des signatures d'employés, des promenades de guichets en guichets et de bureaux en ministères, est tellement passée dans nos mœurs, que nos plaintes risquent fort de rester longtemps sans écho. Mais il faut cependant signaler les abus sans relâche ; dans les questions qui nous intéressent, sur le terrain qui est le nôtre, c'est à nous d'élever la voix.

C'est dans cet esprit que nous ouvrons nos colonnes aux justes récriminations d'un confrère dont le cas n'est pas inouï, tant s'en faut, bien que, au premier abord, tout homme de bon sens doive refuser d'y croire. Ainsi parle M. le docteur Coquelu, de Dijon :

« Je suis fier de la justice de mon pays. Dans le courant de l'année 1882, j'avais fait, sur réquisitions des commissaires de police de la ville, cinq visites et rapports pour le parquet, et le 7 janvier 1883 mon mémoire, s'élevant à la somme de 25 francs, était remis à M. le procureur de la République.

« Quinze jours après, je reçois mon mémoire approuvé par le juge taxateur, et je vais toucher cette somme au bureau du receveur des actes judiciaires. Nulle opposition du juge et du receveur ; j'encaisse.

« Mais sept mois après, le 7 août dernier, le procureur de la République me fait appeler et me notifie, de la part de M. le garde des sceaux, d'avoir à verser à la Recette générale une somme de 5 francs que j'ai perçue *indûment*.

« Et pourquoi indûment? Il me fut expliqué que sur mon mémoire figurait une vacation faite le 3 janvier 1882; que, le mémoire ayant été remis le 7 janvier 1883, cette vacation avait été faite plus d'un an auparavant; que les règlements, en conséquence, s'opposaient à ce qu'elle me fût payée. Et cependant, elle m'était légitimement due. Le juge taxateur devait me prévenir et le receveur ne pas me payer lorsque je me suis présenté à sa caisse. Mais ils étaient comme moi, ils ignoraient l'existence du règlement.

« Quoi qu'il en soit, je dus m'exécuter; je versai à la Recette générale les 5 francs indûment perçus; on me donna un récépissé qu'il fallut porter à la préfecture pour le faire viser; je dus reporter le récépissé visé au parquet, et le procureur de la République me donna un reçu de mon récépissé, car celui-ci doit être adressé au ministère de la justice.

« Ne trouvez-vous pas que cette réclamation est injuste, mesquine et vexatoire? Injuste, puisque cette vacation m'était due légitimement, ayant eu lieu en 1882; mesquine, en raison du peu d'importance de la somme; vexatoire, par les démarches, les ennuis et le temps perdu pour verser la somme et faire viser le récépissé.

« Voilà pourquoi je suis fier de la justice de mon pays. »

Nous n'avons pas besoin de dire à notre honoré confrère de Dijon que nous partageons absolument son avis. Sans parler du fond même de cette réclamation administrative et de la sottise du règlement, la suite interminable des récépissés, des visas de récépissés, des reçus de visas de récépissés, lentement confectionnés et calligraphiés derrière une cloison en fils de fer, aura toujours le don d'exaspérer les médecins. Est-ce un rouage indispensable de la machine sociale? C'est possible, après tout; car on assure dans maints bureaux que nous avons mauvais caractère. — L.-G. R.

Clinique chirurgicale de la Pitié

(Service de M. Verneuil.)

De l'emploi du bain antiseptique dans quelques cas spéciaux.

Suite. — (Voir le numéro du 21 août.)

Le malade est-il syphilitique, rhumatisant, goutteux? A-t-il eu des fièvres intermittentes, des névralgies, etc. Toutes ces questions doivent être soulevées et examinées avec le plus grand soin. Alors, dans les cas d'insuccès apparent de la médication par les bains antiseptiques prolongés, on arrivera presque toujours à reconnaître que cet insuccès avait pour cause un élément morbide qui avait d'abord échappé à l'attention. En traitant la cause de la douleur, on guérira le malade, et l'on ne mettra pas sur le compte du premier traitement l'échec momentané que l'on aura éprouvé. On ne peut pas, en effet, demander à un traitement chirurgical de guérir une affection médicale; il serait tout aussi déraisonnable de demander aux bains antiseptiques de guérir une attaque de goutte, de rhumatisme, ou un accès de fièvre intermittente, que d'attendre d'un médicament quelconque la guérison d'une luxation ou d'une fracture. (Thèse de Jannin, p. 26.)

En d'autres termes, dit M. Verneuil, l'insuccès d'un traitement rationnel, en rapport avec un *diagnostic supposé exact*, doit faire rechercher la cause de cet insuccès dans une complication méconnue, dépendante de l'état général du malade.

Une autre observation de la même thèse (p. 51) montre que dans certains cas on peut, grâce aux bains antiseptiques prolongés, éviter les incisions multiples qui sont comme la base du traitement des inflammations diffuses du membre supérieur, mais qui, il faut bien le reconnaître, effraient souvent les malades. En agissant ainsi, chez les sujets pusillanimes, la guérison sera retardée probablement de quelques jours; mais, comme on l'obtiendra certainement et sans accidents, on pourra contenter le malade sans pour cela manquer au devoir du chirurgien. Voici un résumé de ce fait :

S..., 46 ans, riveur à la Compagnie d'Orléans, est blessé au dos de la main, le 29 novembre 1882, par un éclat de fer. On l'envoie à la Pitié, où M. Verneuil constate la section du tendon extenseur du médius; on en fait la suture et, comme le blessé veut quitter l'hôpital, on applique un pansement ouaté, qu'on enlève au bout de trois jours; un second pansement est gardé cinq jours, un troisième neuf jours. En défaisant ce dernier, on constate une lymphangite de l'avant-bras et un abcès sous-cutané au tiers supérieur de celui-ci.

S... rentre alors à l'hôpital, et comme il est très pusillanime, au lieu d'inciser l'abcès,

qui communique avec la plaie du médius, on ordonne, à titre d'expérience, deux bains antiseptiques d'une heure, l'un le matin et l'autre le soir. Après chaque bain, on exerce de légères pressions de haut en bas sur l'avant-bras pour faire sortir le pus, et on applique un pansement ouaté.

Au bout de dix jours, l'abcès était vidé, les deux tiers supérieurs du trajet recollés, ne laissant qu'une légère induration, et la plaie du dos de la main suppurait à peine. La pression sur le trajet ne faisait sortir que quelques gouttes de pus.

La guérison complète ne tarda pas à être obtenue.

Lorsque le malade, quoique diabétique, est encore robuste, comme celui dont M. Richelot a rapporté récemment l'observation à la Société de chirurgie, il supporte aussi bien les affections chirurgicales que les sujets réputés sains. Alors, bien que le diabète puisse provoquer l'apparition d'une inflammation diffuse, son influence nocive peut être enrayée par le bain antiseptique.

Ce sont ces cas qui démontrent le mieux la puissance du moyen préconisé par M. Verneuil. On sait, en effet, combien les phlegmons diffus sont fréquents chez les diabétiques et combien on les voit se terminer souvent par la mort. Nous possédons une observation de ce genre dans laquelle une lymphangite du membre supérieur, ayant pour point de départ une plaie des plus minimes, guérit en peu de jours sous l'influence des bains antiseptiques prolongés.

Mme M..., 60 ans, originaire de l'Algérie, et ayant longtemps habité ce pays, mais sans avoir jamais eu de fièvres intermittentes, me consulta au mois de novembre dernier pour un affaiblissement général et des démangeaisons insupportables à la vulve. L'embonpoint de la malade et, outre les symptômes pour lesquels elle m'avait demandé, une soif assez vive, des envies fréquentes d'uriner, me firent songer au diabète. L'examen des urines, dont la quantité était d'un peu plus de deux litres par jour, donna 35 grammes de glycose par litre; pas d'albumine. Je prescrivis le traitement habituel par les alcalins, le pain de gluten, un régime approprié auquel j'ajoutai le bromure de potassium à cause d'insomnies persistantes.

Au bout d'un mois, la quantité de sucre n'était plus que de 7 grammes par litre; Mme M... partit alors pour le Midi, où elle voulait passer l'hiver, me promettant de continuer le traitement antidiabétique.

Au commencement de mai 1883, Mme M..., de retour à Paris, me fit demander pour un panaris de l'index droit, survenu après l'arrachement d'une petite *envie*. Les deux dernières phalanges étaient envahies par l'inflammation; il existait un peu de pus à la face interne de la dernière phalange, près de l'ongle, et en outre une traînée rougeâtre remontant le long de la face dorsale de la main, de la face interne de l'avant-bras et du bras; les ganglions épitrochléens et axillaires étaient tuméfiés et douloureux; plaque rouge, avec un peu d'œdème, à la face antéro-interne de l'avant-bras. Insomnie, fièvre, et agitation la nuit.

L'apparition de cette inflammation diffuse, datant de la veille, à la suite d'une blessure insignifiante, me fit penser que le traitement avait été un peu négligé, ce dont la malade convint, et que le diabète s'était aggravé. Je demandai une nouvelle analyse de l'urine et, en attendant, j'incisai le panaris, qui était purement dermique, dans l'étendue d'un centimètre, puis je prescrivis quatre bains antiseptiques d'eau phéniquée tiède à 1 pour 100 le soir même, et trois dans la journée du lendemain; dans l'intervalle, l'enveloppement de la main dans des compresses imbibées fréquemment d'eau phéniquée à 2 pour 100, comme le recommande M. Verneuil.

Je revis la malade le lendemain soir. Un peu négligente comme son entourage, elle n'avait pas pris le bain de la veille, aussi la nuit avait-elle été mauvaise, avec insomnie et fièvre; dans la journée, elle avait pris seulement un bain; les ganglions étaient plus douloureux et la plaque rouge de l'avant-bras plus tuméfiée. L'urine, qui avait été examinée, contenait 45 grammes de glycose par litre, ce qui, pour deux litres et demi, faisait environ 110 grammes dans les vingt-quatre heures. Le diabète s'était donc aggravé, car la malade avait en outre maigri, et ses forces diminué. Pas d'appétit; soif vive.

Je fis préparer séance tenante un bain antiseptique dans lequel la main et l'avant-bras restèrent deux heures, puis la main fut enveloppée de compresses phéniquées pendant la nuit. Celle-ci fut meilleure; peu de fièvre.

Le lendemain, purgatif; comme boisson, lait coupé d'eau de Vichy; bouillon. Régime

antidiabétique comme la première fois. Les quatre bains furent pris régulièrement pendant deux jours; la lymphangite disparut, et il ne resta qu'un peu d'inflammation du derme des phalanges, qui céda elle-même à l'application permanente de compresses phéniquées.

L'état général s'était en même temps amélioré; la fièvre n'existait plus, l'appétit était encore un peu languissant, mais, quinze jours après ma première visite, la quantité de sucre était déjà tombée à 30 grammes par litre.

Je n'ai pas revu Mme M..., partie bientôt pour la campagne.

En résumé, nous trouvons dans chacun des cas précédents une particularité intéressante dans l'emploi du bain antiseptique prolongé.

Dans le premier cas, le bain antiseptique a amené la régression d'une lymphangite née sous l'influence d'un diabète avec albuminurie; le malade n'en mourut pas moins dans le coma, et avec un abcès pyohémique.

Dans le second cas, le bain antiseptique put encore enrayer une inflammation, mais une névralgie dépendant de l'état général du sujet n'en persista pas moins. Dans ces deux cas, le bain antiseptique, remède local, fut assez puissant pour arrêter un mal local, mais ne put rien contre l'état général, ce qui était à prévoir.

Dans le quatrième cas, il existait aussi un état général grave, analogue à celui du premier cas; mais, arrivé à une période moins avancée, le bain antiseptique enraya le mal local pendant que l'état général s'améliorait sous l'influence du traitement antidiabétique.

Enfin, le troisième cas démontre que de petites incisions, aidées par le bain antiseptique prolongé, suffisent à amener la guérison d'une inflammation diffuse. Il semble que, dans ce cas, l'absorption continue de la solution phéniquée par la plaie soit parvenue à neutraliser le poison septique entré déjà dans le système circulatoire.

L.-H. Petit.

CLINIQUE MÉDICALE

Note sur deux cas de fièvre puerpérale survenus à l'hôpital Tenon,

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 11 mai 1883,

Par H. Rendu, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

J'ai l'honneur de présenter à la Société des pièces anatomiques provenant de deux femmes mortes la semaine dernière dans les circonstances suivantes :

Le 4 mai au soir, on amenait dans mon service une femme de 37 ans, Marie N..., épileptique depuis l'âge de 21 ans, et qui venait de la maternité de l'hôpital. Voici les renseignements que j'ai pu obtenir. Cette femme était enceinte pour la neuvième fois: les cinq premières grossesses s'étaient terminées par des accouchements à terme, les trois dernières par des fausses couches. Cette fois encore, la malade avait été prise des douleurs du travail vers le huitième mois de la grossesse: l'accouchement avait d'ailleurs été régulier et facile. Il avait eu lieu le 26 avril, *c'est-à-dire huit jours auparavant*.

Les deux premiers jours consécutifs à l'accouchement n'avaient été signalés par aucun accident: le troisième, un frisson était survenu; depuis lors, la fièvre s'était installée d'une façon permanente, et l'état de la malade avait constamment empiré.

Je constatai, le 5 mai, les symptômes suivants: le facies est pâle, la malade est prostrée comme dans les fièvres typhoïdes graves; elle est dans un état de stupeur tel, qu'il lui est impossible de répondre à aucune question; la bouche est sèche, la langue râpeuse, enduite de fuliginosités;

Les membres supérieurs sont le siège de tremblements et de soubresauts des tendons. Le phénomène dominant est une dyspnée considérable, s'élevant à 50 respirations : le pouls est à 120, la température à 39°.

L'abdomen est un peu tendu, mais souple, médiocrement douloureux à la pression, il n'y a évidemment pas de péritonite prédominante; cependant les fosses iliaques paraissent un peu sensibles à la palpation. La malade ne vomit pas, mais elle a une diarrhée profuse et fétide. Il n'existe sur l'abdomen aucune tache rosée lenticulaire.

L'auscultation de la poitrine fait entendre aux deux bases de la poitrine des râles nombreux et fins, sibilants et sous-crépitants ; la respiration y est obscure et la sonorité moindre à la percussion : ces signes témoignent d'une congestion pulmonaire intense, ayant son maximum vers les deux bases. On ne constate point de souffle pneumonique.

Le cœur bat rapidement, ses bruits sont un peu sourds, mais réguliers et sans murmure anormal.

Sur la face dorsale de la main gauche et à la face postérieure du poignet se voit une tuméfaction allongée, dessinant un empâtement fluctuant, d'un rouge sombre, occupant toute la gaîne des tendons extenseurs des doigts. Il y a évidemment du pus dans la synoviale tendineuse, et très probablement dans l'articulation radio-carpienne. Le coude droit présente de même une tuméfaction douloureuse qui est à coup sûr de l'arthrite.

Sur les membres inférieurs, il n'y a point d'empâtement articulaire, on voit seulement aux jambes et aux cuisses des phlyctènes produites par l'application de sinapismes laissés trop longtemps en place.

Les lochies sont complètement supprimées.

En face de ces symptômes, le diagnostic ne me parut pas douteux et je pensai que cette femme était atteinte de septicémie puerpérale à forme rapide. Pouvions-nous en effet songer à un début de fièvre typhoïde? Cela était peu probable. A une pneumonie adynamique? mais la malade n'avait pas de point de côté, aucune expuition sanguine, et sa dyspnée était en rapport, non pas avec des lésions localisées du poumon, mais avec des phénomènes de congestion diffuse. L'absence de péritonite n'était pas une particularité suffisante pour faire rejeter la fièvre puerpérale, car on sait que précisément les formes foudroyantes de cette affection tuent avec des congestions viscérales sans intéresser le péritoine, et d'ailleurs les suppurations articulaires et synoviales que révélait l'examen des membres supérieurs prouvaient bien l'existence de la pyohémie.

Le lendemain, malgré un traitement antipyrétique énergique (sulfate de quinine 1 gramme, alcool et acétate d'ammoniaque à haute dose, injections vaginales phéniquées), l'état de la malade était désespéré : le poumon gauche, outre les râles de la veille, était le siège d'un large souffle diffus, la respiration était de plus en plus embarrassée, l'arthrite du coude droit s'accentuait davantage, le pouls battait à 140, la température s'était élevée à 40°5. La mort survint dans la nuit du 6 au 7 mai.

L'autopsie révéla les lésions suivantes :

Le péritoine est sain, à peine un peu poisseux au voisinage de l'utérus : quelques cuillerées d'un liquide louche se voient dans le cul-de-sac utéro-rectal.

L'utérus est gros, non revenu sur lui-même ; sa cavité présente des détritus bruns, putrilagineux, correspondant à l'insertion placentaire, qui s'est faite au fond et à gauche de l'utérus. Le col est congestionné et infiltré de sang. A la coupe, le tissu utérin a sa coloration normale, mais au niveau de la corne gauche, les lymphatiques sont dilatés et remplis de pus qu'on fait sourdre en abondance par expression.

Les veines et les sinus utérins paraissent sains ; mais il y a une congestion énorme du plexus veineux utéro-ovarien gauche ; l'ovaire gauche est volumineux et enflammé.

La symphyse du pubis est écartée et sa cavité remplie de pus.

L'intestin, examiné dans toute sa longueur, n'offre aucune lésion; en particulier, les plaques de Peyer sont absolument normales, ce qui exclut l'idée de la dothiénentérie.

Les reins et le foie sont volumineux, un peu pâles, atteints d'un certain degré de stéatose : la rate est diffluente comme dans les maladies infectieuses. Le cœur contient peu de caillots; ses parois sont pâles; il n'y a pas d'ulcérations ni de végétations de l'endocarde.

Les poumons sont tous deux très congestionnés : à la base gauche, il existe une hépatisation rouge lobaire récente, correspondant au souffle perçu dans le dernier jour de la vie. A la partie postérieure du lobe supérieur gauche, on trouve également un petit noyau d'hépatisation rouge.

Le cerveau ne présente d'autre lésion qu'une asymétrie notable des circonvolutions frontales.

(On ne put ouvrir les articulations et les synoviales tendineuses, qu'on eût très probablement trouvées suppurées.)

Ainsi, en résumé, l'autopsie fournissait la preuve de la justesse du diagnostic : la présence du pus dans les lymphatiques utérins, dans la symphyse pubienne, témoignent de la nature infectieuse de la pneumonie survenue à titre d'accident ultime. C'était donc bien à un cas de septicémie puerpérale que j'avais eu affaire.

Mais la fièvre puerpérale, en dehors d'une épidémie, ne se développe guère chez une femme dont l'accouchement a été normal, et qui n'a eu aucun traumatisme à subir. Aussi dus-je rechercher les causes qui avaient amené l'infection chez cette femme, et voici ce que j'appris :

Deux jours avant l'entrée de la malade dans mon service, était morte de péritonite puerpérale une autre femme, qui avait été apportée mourante dans le service de mon collègue M. Roques, et qui n'y avait vécu que trois heures. Mais, là, il y avait une cause palpable et tangible de la péritonite, car cette femme avait eu un accouchement fort laborieux, pour lequel l'intervention obstétricale avait dû être nécessaire. Voici, d'après les renseignements fort incomplets que nous avons pu difficilement obtenir, M. Roques et moi, ce qui s'était passé :

La malade avait été prise des douleurs de l'enfantement dans la dernière semaine d'avril, et comme le travail n'avançait pas, un médecin de la ville avait appliqué le forceps et tenté inutilement d'extraire l'enfant. On avait alors amené la parturiante à l'hôpital, et M. Mérigot de Treigny, l'interne du service, en face de ce cas difficile, avait appelé M. Budin, en l'absence de son chef malade. M. Budin, arrivé dans l'après-midi, examina la malade, diagnostiqua un rétrécissement pelvien avec une bosse sanguine considérable de la tête fœtale, et tenta d'appliquer le forceps, sans réussir à amener l'enfant. Voyant qu'il lui serait impossible de terminer l'accouchement, il pratiqua la crâniotomie et délivra la femme. Mais les jours suivants, des accidents de péritonite se déclarèrent, et une semaine après l'intervention de M. Budin, la mort survint.

La pièce que je présente à la Société, et que je dois à l'obligeance de M. Roques, explique suffisamment la cause de la péritonite.

L'utérus est volumineux et sa muqueuse, congestionnée, est parsemée de détritus brunâtres, gangréneux. Le col, infiltré de sang, est contusionné et présente des eschares superficielles en voie d'exfoliation. Mais la lésion la plus considérable occupe le vagin.

Au niveau du cul-de-sac postérieur vaginal, à 2 centimètres et demi au-dessous du col utérin, se voit une perte de substance oblique, taillée à l'emporte-pièce, assez large pour y introduire le petit doigt, et faite évidemment d'avant en arrière, car la plaie de la muqueuse vaginale a 2 centimètres 1/2 de longueur, tandis que celle qui occupe la face postérieure du vagin, du côté du rectum, n'a qu'un centimètre. Cette perte de substance

n'est pas le résultat d'une incision pratiquée maladroitement pendant l'autopsie, car les bords de la plaie, tout en étant sectionnés, sont brunâtres et commencent à se sphacéler, surtout en arrière ; d'ailleurs, des adhérences récentes et un foyer purulent rétrovaginal à ce niveau montrent que la perforation existait pendant la vie, et que l'inflammation partie de ce point a été fort vive. On ne peut soutenir non plus qu'il s'agisse d'une ulcération spontanée du vagin produite par contusion de la muqueuse, car l'eschar aurait une autre forme et l'on ne trouverait pas cette section nette de la paroi vaginale. D'ailleurs d'autres traces de contusion se voient distinctement sur la paroi antérieure du vagin, laquelle est infiltrée d'une large ecchymose gangréneuse et présente une teinte gris brunâtre.

Il n'est pas sans intérêt d'ajouter que le bassin était régulièrement conformé. Les mensurations du détroit supérieur, pratiquées d'une façon très précise au moment de l'autopsie, ont donné, pour le diamètre antéro-postérieur, 10 centimètres, et 12 pour le diamètre transversal.

Tels sont les faits qui ont amené la mort de ces deux malades. Si nous les résumons en quelques lignes, nous voyons que, par le fait des difficultés de l'accouchement, il a été nécessaire d'intervenir chirurgicalement chez la première de ces malades. Un traumatisme important détermine une péritonite, laquelle évolue pendant une semaine environ ; durant toute cette période, l'accouchée, malgré sa fièvre, est gardée à la maternité, et n'est transférée dans les salles communes que trois heures avant la mort. A la même date, une autre femme, arrivée à la maternité pour un avortement au troisième mois, y contracte des accidents de septicémie, et, comme la précédente, continue à être soignée dans le pavillon des accouchements, à côté des autres parturiantes. Le huitième jour seulement elle est évacuée salle Rayer, où elle meurt le lendemain.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

EGYPTE. — Il y a eu pendant la journée du 19 août, 37 décès cholériques à Alexandrie, 28 dans le Béhéra, 4 au Caire, 10 au Benisouef, 90 dans le Girgeh, 75 à Siout, 107 dans le Minieh, 19 dans le Charkieh, 7 dans le Garbieh. L'épidémie est donc très atténuée dans le Delta, mais sa violence ne diminue pas dans la Haute-Egypte.

Le 20 août, on a constaté, 43 décès cholériques à Alexandrie, 5 au Caire, 79 dans le Béhera et 255 dans la Haute-Egypte. On a aussi observé une augmentation considérable de la mortalité par les autres maladies, surtout à Alexandrie et dans les environs de cette ville.

Parmi les troupes anglaises on signale deux décès cholériques, l'un à Suez, l'autre à Ramleh.

ASIE MINEURE. — Le 19 août, on signale un décès au lazaret de Beyrouth. Ce cholérique y séjournait depuis quinze jours. A Smyrne, un nouveau décès dans la ville. Ces faits sont graves parce qu'ils montrent la tendance de l'épidémie à s'implanter sur les côtes d'Asie Mineure et, par conséquent, à menacer directement Brousse et Constantinople. Le cordon sanitaire est d'ailleurs rompu continuellement et l'isolement imparfait.

JOURNAL DES JOURNAUX

De la thermométrie dans la méningite tuberculeuse des enfants, par le docteur PIO BLASI. — De l'observation de 38 cas de méningite tuberculeuse observés dans une période de dix ans à l'hôpital de Bambino-Gesu, avec examen microscopique à l'appui, il est permis de conclure que la courbe thermométrique est des plus variables dans cette affection; tantôt elle offre des dépressions considérables et tantôt des élévations excessives; ou bien elle présente des oscillations journalières très courtes, irrégulières dans leurs ascensions comme dans leurs abaissements. Toutefois, malgré les irrégularités on peut, à titre de règle générale, assigner à cette courbe quelques caractères distinctifs.

La température moyenne ne dépasse pas 39° centigrades (102,2 Farenh.); le maximum observé a été de 41° (105,8 Fh.), lorsque la granulie aiguë ou la pneumonie sont venues compliquer la méningite tuberculeuse; elle a atteint seulement 40°,9 (105,6 Fh.) dans le stade final de la maladie. Les grandes dépressions ci-dessus mentionnées n'appartiennent pas à la période d'acmé, mais au *stade paralytique* (Jaccoud), et elles se produisent surtout quand des alternatives de collapsus viennent faire présager la mort. L'assertion de Bontan, que la température moyenne est au-dessous de la normale, n'est pas confirmée par les résultats de l'observation; la température moyenne est en effet de 39°,3 (100°,9 Fh.)

L'ensemble de la courbe est celui d'une fièvre rémittente à exacerbations vespérales. Celles-ci ont été notées 116 fois sur un relevé de 245 températures journalières; 18 fois, il y a eu égalité entre la température du matin et celle du soir, et dans 51 cas la première s'est trouvée supérieure à la seconde. On a observé surtout les grandes exacerbations vespérales au commencement et à la fin de la maladie.

Dans les stades intermédiaires, la température est restée relativement basse, le pouls était ralenti; dans la majorité des cas les hautes températures sont apparues un jour ou deux avant la mort.

Ce fait, attribué par Henoch à la paralysie des centres modérateurs de la chaleur, n'a manqué que 9 fois sur 27 des cas observés. L'hyperpyrexie appartient aux faits dans lesquels l'élément inflammatoire a le pas sur l'élément néoplasique, ou bien lorsqu'une pneumonie ou une éruption de miliaire généralisée vient compliquer la tuberculose méningée.

Au contraire, les basses températures ont été observées surtout lorsqu'il n'existait concurremment qu'une tuberculose chronique du poumon ou du péritoine. Parmi ces cas d'hypothermie relative, il convient de noter la fréquence avec laquelle il existe des lésions cérébelleuses et combien ces lésions cérébelleuses affectent souvent la forme du tubercule solitaire plus ou moins caséifié. Dans 15 cas où la température a oscillé entre un maximum de 38,8 c. (103,4 F.) et un minimum de 36,9 (98°4 F.), l'autopsie a révélé 10 fois la présence du tubercule cérébelleux. Dans tous les cas où l'on a pu observer l'existence de ces tubercules, la température a toujours été peu élevée.

Il est très probable, sinon certain, qu'il existe un rapport entre cette lésion tuberculeuse du cervelet et la dépressiou des courbes thermométriques dans la méningite tuberculeuse.

Ce fait, sur lequel aucun observateur n'a encore attiré l'attention, ne s'observe dans aucune autre complication avec une aussi grande constance.

Il n'y a pas de rapport entre l'élévation de la température et la fréquence du pouls et de la respiration.

Ces considérations peuvent venir en aide au diagnostic quand il s'agira de différencier certaines fièvres subcontinues avec prédominance des symptômes cérébraux ou bien certains cas de méningite, d'avec la méningite tuberculeuse.

Par exemple, on pourra avec quelque certitude penser à une inflammation tuberculeuse des méninges, quand après avoir éliminé la possibilité d'une tuberculose miliaire ou d'une pneumonie concomitante, la température dépassera 39° centigrades (102°2 F.). On pourra de même soupçonner l'existence de tubercules cérébelleux, si la température reste généralement basse, surtout si l'on peut exclure la concomitance, au cours d'une méningite néoplasique, d'une tuberculose chronique pulmonaire ou abdominale. Grâce aux indications de la courbe thermométrique, on pourra aussi déterminer le stade de l'affection et la durée probable de la maladie, si on veut bien se souvenir que la courbe s'abaisse dans son ensemble vers la période moyenne, pour remonter plus tard, et qu'en même temps que cette courbe s'abaisse le pouls se ralentit. — *(Blasi on thermometry in the tubercular meningitis of Children Gazz. Med. Ital., Prov. Venete*, avril 21 et *Lond. Med. Rec.*, July 15,1883.) L. Dn.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 août 1883 — Présidence de M. Bouley.

M. le docteur Bailly, de Chambly (Oise), lit un travail intitulé : *Le cuivre et ses prétendues propriétés prophylactiques.*

L'auteur s'attache à montrer que le cuivre et ses préparations ne possèdent pas les

propriétés prophylactiques que M. le docteur Burcq leur attribue dans les diverses communications qu'il a faites à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine, et dont ont retenti les organes de la presse, principalement de la presse politique.

M. Bailly exerce la médecine depuis seize ans dans le village de Bornel, à la limite des départements de l'Oise et de Seine-et-Oise; il est, en particulier, le médecin de l'usine de Bornel, qui emploie près de cinq cents ouvriers à fabriquer des couverts et autres objets d'orfèvrerie en métal alfénide, composé de cuivre, de nickel et de zinc, où le cuivre entre dans une proportion considérable, jusqu'à 70, 80 et même 90 p. 100.

Or, dans les épidémies de fièvre typhoïde qui se manifestent de temps en temps dans la vallée où se trouvent situés les divers villages où exerce M. le docteur Bailly, des ouvriers employés à la fabrique de cuivre ont été frappés par la maladie et ont payé le tribut le plus considérable à l'épidémie. D'où il conclut que le cuivre ne donne nullement aux cuivreux l'immunité de la fièvre typhoïde.

Les cuivreux n'ont pas été davantage exempts de la diarrhée cholériforme. Ils n'ont pas été préservés de la rougeole, de la diphthérie, des oreillons, de la coqueluche, du charbon.

Tels sont les résultats des observations de M. le docteur Bailly, à la suite d'une pratique de seize années.

Le travail de M. Bailly a été renvoyé à l'examen de la commission chargée de l'examen du travail de M. Burcq.

— La séance est levée à trois heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance des 24 janvier et 28 février 1883. — Présidence de M. Finot.

Séance du 24 janvier.

Après avoir adressé aux membres présents un discours d'adieux, auquel répondent d'unanimes applaudissements, M. Donadieu, président sortant, cède le fauteuil à M. Finot, président pour l'année 1883.

En prenant place au fauteuil, M. Finot remercie la Société de l'honneur qu'elle lui a fait en le portant à la présidence, et propose de voter des remerciements au bureau sortant. (Adopté.)

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance manuscrite comprend des lettres de M. Labarraque, qui, atteint de bronchite, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance, et de M. Nicolas, qui présente, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, les travaux suivants : 1° *Considérations sur la coordination des mouvements d'ensemble* (dissertation inaugurale); 2° *Note sur les progrès récents de l'hygiène* (Rapport sur l'Exposition de 1878); 3° *Guide hygiénique et médical des voyageurs dans l'Afrique intertropicale* (en collaboration avec le docteur Lacaze); 4° *L'attitude de l'homme au point de vue de l'équilibre, du travail et de l'expression;* 5° *La Bourboule actuelle.*

La correspondance imprimée comprend un travail adressé par M. le docteur Vergely (de Bordeaux), membre correspondant, intitulé : *De l'égophonie et du souffle amphorique dans un cas de pleurésie sèche;* plusieurs numéros de la *Revue médicale,* le *Bulletin médical du Nord* et la *Revue médicale de Toulouse.*

—

M. Gellé fait un rapport verbal sur un ouvrage intitulé : *Manuel des maladies de l'oreille,* par M. le docteur Guerder, membre correspondant de la Société.

—

M. Huchard : *Note sur un cas d'angine de poitrine.*

M. Huchard rappelle qu'il a déjà entretenu ses collègues de l'angine de poitrine en 1879; il cite l'observation qu'il a lue devant la Société il y a un mois, et les résultats obtenus par l'administration du nitrite d'amyle. Il donne ensuite résumée l'observation d'un cas survenu récemment dans son service et suivi d'autopsie.

Il s'agit d'un homme de 32 ans, entré dans les salles le 6 février 1882; admis pour un embarras gastrique, le malade, dès le lendemain de son entrée, se plaint de douleurs vagues, dans le bras et l'épaule. Le surlendemain, oppression qui le force à quitter le jeu auquel il se livrait, et explosion d'une attaque typique, à laquelle il succombe.

A l'autopsie, on ne trouve rien au cœur, rien aux valvules mitrales sigmoïdes. Mais

il y a de l'aortite aiguë ; boursouflement énorme de l'endartère, surtout au niveau de l'artère coronaire qui était *unique,* oblitération complète de cette artère, d'où *ischémie.* Le malade est mort d'angine de poitrine à forme douloureuse et syncopale.

M. Huchard signale la comparaison donnée par M. Potain entre l'angine de poitrine et la claudication intermittente ; même théorie pour les palpitations.

M. Huchard rappelle ensuite les théories de la névrite de la névralgie cardiaque (qui pour lui seraient des pseudo-angines).

M. Huchard présente deux aquarelles dont l'une indique une aortite *oblitérante.*

M. Huchard distingue deux angines de poitrine ; l'une, la vraie, celle dont on meurt, angine de poitrine par ischémie cardiaque (caractérisée par l'aortite oblitérante) ; l'autre, pseudo-angine, qui comprend : les névralgies du plexus, les névropathies arthritiques, *tabac ?* la dilatation du cœur, la dyspepsie, toutes angines dont on meurt rarement.

L'angine de poitrine est un symptôme variable avec l'affection. Au point de vue de l'absence des signes du côté du cœur, on ne peut conclure à l'angine essentielle, témoin cette autopsie. M. Huchard cite un autre cas semblable, avec autopsie, rapporté par M. Potain. Il y avait une aortite en plaques (deux plaques oblitérant les deux artères coronaires).

Séance du 28 février 1883. — Présidence de M. Finot.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance manuscrite comprend des lettres de candidature au titre de membre titulaire adressées par le docteur Chauveau, qui adresse à l'appui sa thèse intitulée : *Essai critique sur la pathogénie des gangrènes en masse dans la fièvre typhoïde,* et par le docteur Deniau, qui envoie sa thèse *sur l'hystérie gastrique.*

La correspondance imprimée comprend une circulaire du ministre de l'instruction publique invitant la Société à se faire représenter à la réunion annuelle des Sociétés savantes; plusieurs numéros de la *Revue médicale française et étrangère,* la *Revue médicale de Toulouse,* le *Bulletin médical du Nord,* etc.

—

M. Philbert fait hommage à la Société d'une brochure sur les eaux thermales de Brides-les-Bains.

M. Cyr donne lecture d'un rapport favorable sur la candidature de M. Nicolas.

—

M. Archambault présente un dessin représentant les pièces anatomo-pathologiques d'un cas dont il rapporte l'observation.

Il s'agissait d'une péritonite généralisée constatée à l'autopsie, avec des fausses membranes remplies d'une multitude de vers lombrics. Il y avait une perforation considérable de l'estomac.

Le diagnostic, pendant la vie, avait été *entéro-colite.*

Les voies biliaires contenaient plusieurs lombrics, qui remplissaient le canal cholédoque, la vésicule biliaire et avaient suivi les canaux biliaires jusqu'à leur extrémité, où ils avaient donné naissance à une série de petits kystes sur la face concave du foie.

L'enfant, âgée de 5 ans, était Parisienne. Or, les lombrics sont très rares à Paris. Il rappelle un cas observé à l'hôtel du Louvre (il s'agissait d'une famille brésilienne).

M. Rougon cite, dans le cours d'une fièvre typhoïde, une péritonite mortelle avec perforation intestinale. Un lombric fut trouvé à l'autopsie. Il signale l'habitude de la prise trimestrielle du *semen contra* dans l'Amérique du Sud.

M. Chateau signale un cas observé par lui, dans le service de Chomel, lorsqu'il y était externe. On avait porté le diagnostic de choléra. A l'autopsie, on trouva des lombrics remplissant tous les organes splanchniques.

M. Archambault mentionne l'objection qu'on eût pu lui faire à propos des trois enfants de l'hôtel du Louvre, où les parents n'avaient rien eu. Il croit que cela tient à la différence d'alimentation.

A l'occasion de l'intéressante communication de M. le docteur Archambault, M. Perrin cite une observation analogue qu'il a recueillie, il y a longtemps déjà. Voici cette observation :

Cas curieux d'oblitération spontanée de l'intestin grêle, par un peloton d'ascarides lombri-

coïdes et des fragments de gras-double (Membrane de l'estomac du bœuf), chez un enfant de deux ans.

Obs. — Le 27 janvier 1846, le jeune Crétineau, enfant de deux ans, bien portant à six heures du soir, sans maladie antérieure, succombait au milieu de la nuit à la suite de vomissements répétés et incessants, et sans que ces vomissements, survenus spontanément, eussent été accompagnés ou suivis d'une seule garde-robe. A la suite de la déclaration du décès à la mairie, le maire, étonné d'une mort aussi rapide, crut devoir me déléguer pour en rechercher sa cause véritable.

L'examen extérieur du cadavre, et les circonstances qui avaient précédé cette mort imprévue, ne nous ayant rien appris de satisfaisant sur sa cause réelle, nous procédâmes immédiatement à l'autopsie. Nous noterons toutefois ce fait important que l'enfant, trente-six heures avant de mourir, avait mangé abondamment avec ses parents, de pauvres journaliers, d'une fricassée de gras-double, composée, on le sait, de fragments plus ou moins volumineux de la membrane de l'estomac du bœuf, d'une assimilation d'autant plus difficile, qu'ils avaient été avalés par l'enfant, sans avoir été préalablement soumis à un travail de mastication, impossible à un âge aussi tendre.

Au moment de l'autopsie, pratiquée vingt-quatre heures après la mort, le cadavre était déjà dans un état avancé de putréfaction. Les parois du ventre qui est ballonné, sont le siège d'une coloration verdâtre. L'abdomen ouvert, le péritoine renferme une très faible quantité de sérosité citrine, sans aucune trace d'exsudations plastiques, les circonvolutions intestinales, sans adhérences entre elles, d'une mobilité parfaite n'offrent aucune disposition anormale.

Une ligature est appliquée au niveau de chacun des orifices de l'estomac, lequel ouvert le long de la petite courbure, se trouve complètement vide. La muqueuse n'offre aucune trace de lésions quelconques, telles que rougeurs, injection, ulcérations, ramollissement, etc.; seulement, à cause de l'état de vacuité de l'organe, cette muqueuse est fortement plissée sur elle-même et forme une succession de saillies et d'enfoncements inégaux, qui lui donne un aspect aréolaire très remarquable.

Le petit intestin extrait à son tour avec précaution, renfermait dans son tiers inférieur : 1° 200 grammes environ d'un liquide épais trouble, d'une coloration rouge palissandre; 2° vingt vers lombrics, morts, formant un véritable peloton de la grosseur d'un œuf de poule, et obstruant complètement la cavité intestinale; 3° enfin, au milieu de ces lombrics, sept ou huit fragments de gras-double, d'un centimètre d'épaisseur, de la dimension en longueur et en largeur de la phalange unguéale du petit doigt d'un adulte, décolorés par le travail digestif. Plusieurs de ces fragments de gras-double, chose curieuse à noter, avaient été traversés de part en part par un lombric autour duquel, en le tendant par ses extrémités, on pouvait leur imprimer un mouvement de rotation, comme autour d'un axe immobile. La membrane muqueuse de cette portion de l'intestin où siégeait l'étranglement ou mieux l'occlusion, était rouge et injectée. — Elle était, en outre ramollie, car elle se détachait plus facilement en ce point que dans la partie supérieure où son intégrité était parfaite.

Notre réponse à l'autorité, on le devine d'avance, fut que la mort du jeune Crétineau devait être attribuée à un étranglement interne, par obstacle au cours des matières intestinales, et que le crime n'était absolument pour rien dans cette mort malheureuse.

Les observations analogues à la nôtre ne sont pas rares dans la science; mais, malgré cela, nous avons cru devoir vous la signaler, à cause surtout de cette singulière circonstance de lombrics perforant des morceaux de gras-double, denses, résistants, de nature fibreuse, qui, trente-six heures avant la mort, avaient été avalés dans leur entier par le petit malade. Vous savez qu'on a nié que les vers lombrics fussent capables de produire des perforations de l'intestin, sans que celui-ci ne fût préalablement enflammé, ramolli, ulcéré, etc. On a dit que la bouche du ver n'était point convenablement armée pour produire d'emblée une semblable perforation; qu'il ne pouvait, avec son extrémité antérieure, à l'instar d'une pointe de fuseau, écarter les fibres de l'intestin et passer dans le péritoine à la faveur de cet écartement. Pour nous, qui partagerions volontiers l'opinion de Mondière, nous serions disposé à croire avec lui que « ... les lombrics peu- « vent se frayer un chemin à travers les parois intestinales, non pas en rongeant les « tissus, mais simplement en écartant les fibres au moyen de leur extrémité antérieure, « laquelle, au rapport de de Blainville, est susceptible de s'ériger et d'acquérir une force « qu'augmente encore les valvules à bords durs et tranchants dont elle est garnie. »

Quoi qu'il en soit, si la possibilité de la perforation de l'intestin par les lombrics est absolument rejetée par Bresmer, Rudolphi, Scoutetten, Jules Cloquet, *sans altération*

préalable de l'intestin, elle n'en a pas moins été admise par d'autres observateurs, tels que Bégin, Mérat, Gauthier de Claubry et Mondière, dont nous avons cité plus haut le nom et les paroles.

La question reste donc non encore résolue, et appelle de nouvelles observations cliniques.

A la suite du vote émis sur sa candidature, M. Nicolas est élu membre titulaire.

— La séance est levée à six heures moins un quart.

COURRIER

VACCINATIONS. — *Médailles d'argent* (suite) : M. le docteur Dugat, à Orange. — M. Duhail, officier de santé, à Gorron. — Mme Faure, sage-femme, à Bourganeuf. — Mme Ferrier, sage-femme, à Alais. — M. le docteur Feyge, à La Chambre. — Mme Finqueneisel, sage-femme, à Constantine. — M. le docteur Fuzet-du-Pouget, à Casteljau. — M. le docteur Gascon, à Redon. — M. le docteur Gerbier, à Celles. — Mme Goalard, sage-femme, à Soustons. — M. Granier, médecin-major de première classe au 38e de ligne, en Tunisie. — M. le docteur Grinda, à Nice. — Mme Guesnier, sage-femme, à Lignières. — M. Guichot, officier de santé, à Pau. — Mme Guimart, sage-femme, à Estagel. — Mme Haran, sage-femme, à Bordeaux. — M. le docteur Jeanbernat, à Toulouse. — Mme Laborde, sage-femme à Bergerac. — M. le docteur Lagarde, à Montauban. — M. Lartigues, médecin-major de première classe de la marine à Guérigny. — Mme Leblond, sage-femme, à Saint-Setiers. — M. le docteur Leboucq, à Paris. — Mlle Leclerc, sage-femme, à Alençon. — M. le docteur Lecoq, à Cany. — Mme Lecorre, sage-femme, à Palaiseau. — M. le docteur Lécuyer, à Beaurieux. — M. le docteur Léonardi, à Aubervilliers, — M. le docteur Lesenne, à Saint-Riquier. — M. le docteur de Lignerolles, au Havre. — Mme Luro, sage-femme , à Plaisance (Gers). — M. le docteur Maheut, à Caen. — M. le docteur Maritoux, à Liernais. — M. le docteur Mergaut, à Bayon. — M. le docteur Mey, à Beamont-sur-Oise. — Mlle Morin, sage-femme, à Verdun. — M. Mourson, médecin de première classe de la marine en Cochinchine. — Mlle Naizin, sage-femme à Vannes. — M. Nègre (Jean) père, officier de santé, à Collioure. — M. le docteur Parisot, à Le Thillot. — M. le docteur Petiteau, aux Sables-d'Olonne. — M. le docteur de Piétra-Santa, à Paris. — Mme Poilpré, sage-femme, au Mans, — M. le docteur Pourquier, à Montpellier. — Mme Rastoy, sage-femme, à Pontaumur. — M. le docteur Richard, à Paris (1er arrondissement). — Mme Rigault, sage-femme, à Blois. — Mlle Rozé, sage-femme, à Paimpol. — M. le docteur Romieu, à Digne. — Mme Rutard, sage-femme, à Nogent-le-Rotrou. — M. le docteur Sclafer, à Martel. — Mme Sire et sa fille, sages-femmes, à Chatellerault. — Mme Soffray, sage-femme, au Creusot. — M. le docteur Souleyre, à Boën. — M. Tarradé, officier de santé, à Châteauneuf. — M. Taquoy, médecin-major de première classe au 5e d'infanterie, à Caen. — M. le docteur Henri Thorens, à Paris. — Mme Thorné, sage-femme, à Bagnères. — M. le docteur Tramoni, à Sartène. — Mme Uzols, sage-femme, à Aurillac. — Mme Vigneron-Struf, sage-femme, à Troyes.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE. — *Prix et récompenses à décerner en 1884.* — Le Conseil d'administration a décidé : 1° que tous les ouvrages relatifs à la tempérance et aux boissons alcooliques, sous le rapport soit de leur composition, soit de leur action sur l'économie, seraient admis au concours; 2° que des récompenses pourraient être accordées aux travaux imprimés aussi bien qu'aux travaux manuscrits envoyés à la Société. — La Société ne met au concours aucune question spéciale, mais elle appelle particulièrement l'attention des concurrents sur les questions suivantes : 1° de l'alcoolisme héréditaire; 2° action sur l'économie des eaux-de-vie de cidre et de poiré; 3° mesures qu'il convient de prendre à l'égard des ivrognes d'habitude. — Une somme de 2,000 fr. sera répartie entre les auteurs des mémoires couronnés.

HÔTEL-DIEU. — *Clinique chirurgicale.* — M. le docteur J.-J. Peyrot, suppléant M. le professeur Richet pendant les vacances, a commencé des leçons cliniques, qui ont lieu les mardis et samedis, à neuf heures et demie.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LEVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Congestion rhumatismale des méninges rachidiennes. — Paraplégie avec contractures. — Guérison.

Par Maurice NOTTA, interne des hôpitaux.

Mlle C..., âgée de 30 ans, a toujours été d'une bonne santé. Ses parents sont vivants; elle a deux sœurs bien portantes, et a perdu trois frères de phthisie pulmonaire.

Pas d'antécédents spécifiques personnels ni héréditaires. Elle n'a jamais eu de rhumatisme.

Vers la fin de décembre 1881, elle eut une angine simple, à la suite de laquelle elle fut prise de douleurs le long de la colonne vertébrale. Elle crut qu'il s'y formait des clous, et, à plusieurs reprises explorant cette région avec le doigt pour s'en assurer, elle remarqua qu'elle était très douloureuse au toucher.

Le 26 janvier 1882, elle fit une course de deux kilomètres, et en marchant elle éprouva une faiblesse très marquée dans les deux membres inférieurs. Pendant la nuit, qui fut agitée, elle ressentit des douleurs dans les jambes.

Le 27, elle se lève et marche difficilement, se traînant sur la pointe des pieds. Il lui semblait, dit-elle, qu'elle marchât sur du coton.

Le 28, cet état s'aggrave. Elle est obligée d'aller se coucher, mais ne peut pas monter à sa chambre, et l'on est forcé de la porter dans son lit. Le docteur Notta (de Lisieux) est alors appelé, et trouve la malade dans l'état suivant : elle est dans le décubitus dorsal, et dans une immobilité complète; il lui est impossible de lever les deux jambes du plan du lit. Elle ressent des douleurs lancinantes dans les jambes, des fourmillements dans les extrémités, et l'on constate une hyperesthésie considérable de la peau. Si l'on cherche à plier les membres pelviens, on sent une raideur très marquée. Elle n'accuse pas de douleurs en ceinture. — Par la pression le long du rachis, on détermine de la douleur dans sa moitié inférieure; les premières vertèbres dorsales sont même un peu sensibles. Les genoux et les autres articulations ne présentent ni rougeur, ni tuméfaction. Le pouls fréquent, régulier, est à 100; le température 38°,5. L'état général est assez bon; elle n'a ni nausées, ni vomissements. L'intelligence est très nette.

M. Notta prescrit six ventouses scarifiées à la partie inférieure du rachis.

Le 29, même état. L'hyperesthésie des membres inférieurs est telle qu'elle arrache des

---

FEUILLETON

CAUSERIES

Plages de sable; plages de galets; plages de boue.

Que celui qui a inventé les vacances reçoive tous nos remerciements ! Qu'il soit dieu, comme le voulait Virgile parlant par la bouche de Tityre :

O Melibœe, deus nobis hœc otia fecit,

ou qu'il soit autre chose, peu importe; l'invention n'en est pas moins excellente. Mais tout le monde malheureusement ne sait pas, ou ne peut pas en profiter. Pour ma part, elle m'a servi à me renseigner personnellement sur un point qui touche de près à la médecine, et qu'à ce titre je crois devoir communiquer à nos lecteurs; j'ai visité diverses plages, et comme, à cette époque, il n'est pas de jour où on ne nous demande conseil sur le choix d'une station maritime, je vais dire ce que j'ai vu de mes propres yeux sur ce sujet intéressant.

J'ai commencé par Berck, qui sert d'annexe à nos hôpitaux de Paris, car il a été fondé, comme chacun sait, par l'administration de l'Assistance publique de cette ville, et que nous tenions d'autant plus à connaître qu'il sert actuellement de type à un genre d'établissements que beaucoup de médecins ont réclamé sur d'autres points. On nous avait presque annoncé Berck comme un nouveau paradis terrestre, et tout ce que nous avons

cris à la malade; le passage du chemin de fer, l'ébranlement causé par la marche d'une personne dans l'appartement provoquent des douleurs atroces. Vésicatoire volant (de 22 centimètres sur 10) au niveau de la région lombaire ; 3 cuillerées de sirop de chloral.

Le 30, cet état paraît s'aggraver: la nuit a été très mauvaise. Les douleurs sont très vives; la raideur des membres inférieurs a augmenté. Les fourmillements, qui ont disparu dans les pieds lorsque les douleurs sont devenues plus vives, existent maintenant dans les mains et dans les bras. Il n'y a pas de paralysie des membres supérieurs; la malade remue bien les bras. On constate une vive sensibilité par la pression le long des vertèbres cervicales et dorsales. Il n'y a pas de troubles cérébraux. Le pouls est à 120.— Ventouses scarifiées, 3 cuillerées de sirop de chloral pour la nuit. Calomel : 0,20 centigr. en 20 paquets. Un d'heure en heure.

Le 31, même état; il y a eu quelques garde-robes.

Le 1er février, la malade a eu des sueurs profuses toute la journée. Les fourmillements des bras ont disparu. Mais elle se plaint de vives doulours dans l'articulation de l'épaule et du coude. Le soir, elle commence à remuer un peu les jambes. Vésicatoire volant sur les régions cervicale et dorsale. Le calomel (10 paquets) est continué.

Le 2 février, la malade a dormi une heure et se trouve beaucoup mieux. La contracture et l'hyperesthésie des membres inférieurs ont disparu; la malade peut plier et remuer les jambes. Les articulations de l'épaule et du coude sont très douloureuses.

Elle se plaint d'avoir mal à la gorge et de tousser un peu. Nous constatons une légère rougeur du pharynx; la langue est souple, humide, un peu saburrale. Le pouls est à 104.

Le 3, la nuit a été agitée. Les douleurs ont reparu dans les membres inférieurs, et es fourmillements dans les mains. La malade a eu des sueurs toute la nuit. A l'examen de sa gorge, M. Notta constate l'existence d'une rougeur vive, diffuse, comme scarlatineuse. En outre, le mouvement qu'elle fai t pour s'asseoir sur son lit, lui cause une vive douleur dans le rachis. Le pouls est à 104. Vésicatoire de 18 centimètres sur la région dorso-lombaire. Salicylate de soude, 3 grammes.

Le soir, la malade se plaint de vives douleurs dans la hanche droite. Elle a un peu de raideur dans la jambe correspondante, mais peut néanmoins fléchir les deux membres inférieurs. Le pouls est à 116.

Le 4, elle n'a pas dormi et a eu des sueurs abondantes toute la nuit. Les fourmillements dans les mains ont disparu; les douleurs dans l'épaule droite et dans la hanche droite ont beaucoup diminué. Le mal de gorge persiste. Le pouls est à 104.

Du 5 au 10 février, la malade va mieux. Elle n'a plus de douleurs dans les articulations, remue les bras et les jambes librement; mais, au moindre mouvement, elle ressent des douleurs profondes dans la colonne vertébrale. La douleur est, en outre, provoquée par la pression sur les apophyses épineuses au niveau de la septième vertèbre

---

rapporté dans notre précédente causerie, au sujet des plages encore vierges de casino, nous avait été dit pour celle-ci. Vie à bon marché, séjour au bord de la mer en costume de bain, chapeau et espadrilles, petites sauteries le soir sans gants et sans bas, plage splendide, toutes les maisons, ou plutôt les chalets immédiatement au bord de la mer, voilà ce qu'était Berck, au dire de mes amis. Je me représentais des nichées d'enfants nus comme des amours ou à peu près, faisant des fortifications de sable, des gâteaux de sable, etc., sous l'œil attendri des mamans. Que j'ai dû en rabattre ! Je suis arrivé par une pluie torrentielle, contre laquelle il ne fallait pas songer à s'abriter avec un parapluie, car un vent abominable, comme jamais je n'en ai senti d'aussi violent, vous l'eût arraché des mains ou réduit à l'état de tulipe. Le lendemain à mon réveil, la pluie avait cessé, le soleil était radieux, mais le vent faisait toujours rage. Cette fois ce n'était plus la pluie qui chassait les enfants de la plage, mais le sable que le vent emportait et qui leur emplissait les yeux ; leurs malheureuses petites jambes cinglées par ce sable lancé avec force et sans interruption présentaient un piqueté rouge comme des piqûres de puces aussi rapprochées que possible les unes des autres. Quant aux grandes personnes, elles avaient par extraordinaire mis des bas ce-jour là, ne pouvant lutter avec avantage contre ce cinglement agaçant et cuisant.

Il ne fallait guère songer par ce temps-là à se baigner ; quelques intrépides seuls l'ont essayé, mais, à leur sortie de l'eau fouettés par le vent qui évaporait l'eau restée dans leur costume, ils étaient littéralement transis et avaient la plus grande peine à se réchauffer.

Il m'a été très difficile, je l'avoue, d'admirer la plage de Berck; essayez donc d'admirer quelque chose quand vous êt obligés de fermer les yeux ou que le sable y entre à

cervicale, des cinq premières dorsales et des vertèbres lombaires. L'angine persiste. Le pouls est tombé à 88. Le salicylate de soude est continué à la dose de 3 à 4 grammes par jour.

Le 10, l'angine diminue, et le pharynx n'a plus cette rougeur vive des premiers jours. La malade a ressenti dans les deux poignets des douleurs assez vives qui ont disparu le matin; ces articulations ne présentent ni rougeur, ni gonflement, et leurs mouvements ne sont pas gênés. Les douleurs rachidiennes sont toujours aussi fortes. — Deux vésicatoires (de 13 centimètres sur 8) sont appliqués l'un sur la région lombaire, l'autre sur la région dorsale.

Le 11, nuit agitée et vives douleurs causées par les vésicatoires.

Le 12, la malade se trouve beaucoup mieux. Elle a plus de force dans les jambes e commence à avoir un peu d'appétit. Le mal de gorge a complètement disparu.

Du 13 au 25, le mieux persiste. La malade se lève, marche dans la maison; mais, tous les matins, elle tousse un peu et rend quelques crachats sanglants. Apyrexie complète.

Du 26 février au 15 mars, les douleurs rhumatismales réapparaissent. D'abord dans l'épaule droite et le coude droit, puis dans la hanche gauche, elles passent dans la hanche droite; ces douleurs erratiques se portent tantôt sur une articulation, tantôt sur une autre. L'état général est très bon; l'appétit augmente; il y a absence totale de fièvre. Le salicylate de soude est repris à la dose de 4 grammes par jour.

Le 20 mars, les douleurs ont beaucoup diminué et la malade va bien. Les poignets sont encore un peu gonflés; les crachements de sang ont disparu complètement.

Le 28, la malade se plaint de douleurs vives dans le cou et entre les deux épaules, de fourmillements et de faiblesse dans les bras. La pression le long des vertèbres cervicales est très douloureuse. Il n'y a ni faiblesse, ni raideur des jambes. — Vésicatoire volant (de 16 centim. de long sur 7 de large) sur la région cervicale.

Dans les jours qui suivent, la malade se trouve beaucoup mieux. L'état général est très bon, l'appétit et le sommeil, excellents.

Le 10 avril, de nouvelles douleurs rhumatismales apparaissent dans les articulations, surtout dans les épaules. — Teinture de colchique, 20 gouttes par jour.

Le 11 mai, la malade va bien. Elle marche facilement et sort tous les jours. Elle dort et mange bien. Elle a toujours des douleurs erratiques tantôt dans les poignets, tantôt dans les épaules.

M. Notta supprime tout traitement pendant les mois suivants. Les douleurs disparaissent peu à peu, et au mois de septembre la santé est complètement rétablie. Depuis, nous avons revu plusieurs fois la malade, dont la santé est très bonne, et qui n'a plus ressenti la moindre douleur rhumatismale.

Comme nous le voyons, il s'agit d'une attaque de rhumatisme articu-

---

flots quand vous tentez de les ouvrir! Un de mes amis a voulu mettre un lorgnon pour se garantir; mais le vent le lui a enlevé quand il s'est tourné un peu de côté.

— Il faudrait des lunettes bleues à coquilles! me suis-je alors écrié.

— Voilà, monsieur, répondit quelqu'un à côté de nous. C'était, en effet, un marchand de lunettes. Le vent et le sable de Berck ont fait pousser là une nouvelle industrie, représentée par le marchand de lunettes bleues à coquilles. Il faut que les lunettes soient à coquilles pour ne pas laisser pénétrer le sable par les côtés, et il faut qu'elles soient bleues, parce que, lorsque le vent ne souffle pas, le rayonnement du soleil est tellement intense que les yeux ne peuvent le supporter.

Voilà Berck avec ses inconvénients: une immense plage de sable, immense en longueur et en largeur, car la mer se retire à perte de vue à marée basse, mais gâtée par deux fléaux: le vent et le sable. A eux deux, ces éléments détruiront Berck, car ils l'ensablent tous les jours. On n'a pu y créer de rues; les chalets sont construits sans ordre sur le bord de la mer, et dans leurs intervalles le sable s'entasse sans la moindre vergogne. Quand on l'enlève, le vent le rapporte à la première occasion, et la bourrasque dont j'ai été témoin a créé dans certains endroits des dunes de plusieurs mètres de hauteur. Tant qu'on n'aura pas trouvé le moyen de boiser la plage sur une certaine largeur, entre la mer et les chalets, en créant des dunes artificielles et en y plantant des sapins ou divers arbustes, la magnifique plage de Berck sera dans l'impossibilité matérielle de rendre les services qu'on est en droit d'attendre d'elle.

Je dis qu'on est en droit d'attendre d'immenses services de Berck, et voici pourquoi: Je suis allé visiter, pendant une éclaircie, l'établissement que l'Assistance publique a installé en ce point, et j'ai pu constater que tout l'argent qu'elle y a consacré n'est pas

laire aigu dans laquelle les phénomènes spinaux ont précédé l'apparition des arthropathies. Ce n'est que le 1er février, trois semaines environ après le début des douleurs rachidiennes, que se sont manifestées les douleurs articulaires, dont la mobilité spéciale et l'alternance avec l'angine, la diaphorèse et les accidents spinaux indiquaient alors d'une façon très nette la nature rhumatismale de la maladie, et étaient pour ainsi dire le cachet du diagnostic. L'interprétation des cas de ce genre est entourée d'une grande difficulté, et le diagnostic est pour ainsi dire presque impossible à faire au début. En présence de ces phénomènes d'irritation spinale, M. Notta se demanda s'il n'était pas en présence d'une méningo-myélite, jusqu'au moment où apparurent les douleurs articulaires. Nous voyons en outre que, chez notre malade, malgré la gravité apparente des symptômes du début, le pronostic a été favorable.

Mais si, dans ce cas, le diagnostic a été facile, grâce à la manifestation des douleurs articulaires, il est des cas où le rhumatisme reste à l'état latent, et les phénomènes spinaux sont les seuls que l'on observe. C'est un fait de ce genre que nous avons eu l'occasion d'observer cette année dans le service de notre excellent maître M. Siredey, dont nous avons l'honneur d'être l'interne, et nous croyons intéressant de le rapprocher de notre observation. Nous en copions le résumé, tel qu'il a été publié dans le journal de M. Lucas-Championnière (1) :

Un jeune homme de 24 ans, d'une bonne constitution, a été pris presque subitement, une quinzaine de jours avant son entrée dans le service de M. Siredey, de frissons avec fièvre et courbature générale. A son entrée, il se plaint surtout de douleurs dans les reins et dans les jambes; l'exploration n'indique cependant rien de ce côté; mais on constate dès ce moment que le cou est raide, la tête légèrement renversée en arrière, presque en opistothonos: les mouvements de latéralité, comme ceux de flexion, sont difficiles et très limités; au niveau de la colonne vertébrale, douleur à la pression sur toute la hauteur des apophyses épineuses cervicales et dorsales. Il n'existe ni trismus, ni contracture d'aucun autre muscle. On constate en même temps un peu de bronchite et un peu de rougeur du pharynx et des amygdales, température à 38°,8. Ces accidents qui auraient pu faire penser à un tétanos au début, ou à une méningite cérébro-spinale, furent cependant considérés par M. Siredey comme dus simplement à une congestion rhumatismale des méninges. Six ventouses scarifiées à la nuque. Le lendemain, les

(1) *Journal de médecine et de chirurgie.* Mai 1883, p. 202.

---

de l'argent mal employé, tant s'en faut. Cet établissement, on le sait, est destiné à recevoir tous les petits scrofuleux dits chroniques qui remplissent les hôpitaux d'enfants de Paris, enfants atteints de tumeurs blanches, d'abcès froids, de lupus, etc. Sans doute on peut, dans nos hôpitaux, faire avec la même habileté que l'excellent M. Cazin, des extirpations d'abcès froids superficiels, des raclages d'abcès profonds, des résections, des amputations, etc., et obtenir de magnifiques succès opératoires primitifs, grâce à la méthode antiseptique et à ses divers pansements; mais ce que Berck seul peut donner à ces enfants, c'est une guérison durable, une transformation de leur état général, la disparition de leurs écrouelles, de leurs ganglions, et cela, par l'exercice au bord de la mer. Le séjour pur et simple ne suffit pas non seulement à guérir la scrofulo-tuberculose, mais même à en préserver ceux qui sont entrés à l'hospice pour une affection chronique non scrofuleuse; j'en ai vu un exemple remarquable dans les salles de M. Cazin, dont ce sympathique confrère nous a fait les honneurs avec la plus grande obligeance.

Il s'agit d'un enfant envoyé à Berck pour une paralysie atrophique; la marche étant impossible, il resta là, sans presque en bouger, dans une pièce habitée par des scrofulo-tuberculeux. Au bout de deux ans. il avait une hypertrophie ganglionnaire énorme des deux côtés du cou, en avant des muscles sterno-cléido-mastoïdiens. L'ablation de ces ganglions, qu'aucun autre traitement ne put faire rétrocéder, et leur examen microscopique, montrèrent qu'ils étaient infiltrés de tubercules. Or, de l'enquête à laquelle se livra M. Cazin à ce sujet, il résulta que rien dans les antécédents de l'enfant n'annonçait une constitution ni tuberculeuse, ni scrofuleuse, ni même lymphatique; qu'aucun de ses ascendants paternels ou maternels n'avait aucune tare de ce genre; que, par consé-

symptômes étaient plus marqués encore, la température plus élevée, et il y eut du délire la nuit. Le malade prit chaque jour une potion avec six grammes de chloral. Dès le troisième jour de son entrée à l'hôpital, cependant, il se produisit une amélioration qui alla en s'accentuant chaque jour, et bientôt le malade entra franchement en convalescence sans qu'aucune complication se fût produite.

Chez le malade de M. Siredey, les manifestations spinales ont été les seuls symptômes observés, et il y a eu absence complète de tout symptôme de rhumatisme. En outre les accidents ont été d'une bénignité relative, et, malgré leur durée assez longue, il n'est survenu aucun phénomène très grave. Chez notre malade, au contraire, le rhumatisme est apparu avec ses manifestations multiples, trois semaines environ après le début d'accidents dont la gravité apparente était en rapport avec une affection de la moelle. Dans le second cas, le rhumatisme est fruste ; dans le premier, il vient affirmer la nature de la maladie. Dans sa thèse sur les localisations spinales du rhumatisme (mai 1876), J.-L. Mora propose de les ramener à trois formes principales. La *forme bénigne* ou légère est caractérisée par les douleurs vagues dans les membres inférieurs ou sur le trajet d'un nerf, par une rachialgie assez vive, augmentée par la pression sur les apophyses épineuses. La durée de cette forme est d'une huitaine de jours, et l'on constate souvent une alternance remarquable entre les localisations spinales et articulaires. Le pronostic est bénin. Dans la *forme moyenne*, les manifestations spinales sont le plus souvent primitives : ce n'est que plus tard que surviennent les phénomènes articulaires. La fièvre est assez vive ; la température élevée, la rachialgie très violente, et augmentée surtout par les mouvements spontanés. On peut constater en même temps de l'hyperesthésie, des contractures, de l'engourdissement, une paraplégie plus ou moins durable. Le pronostic, plus sérieux que dans la forme précédente, n'est cependant pas grave, et les malades guérissent au bout d'un temps plus ou moins long. Dans la *forme grave* la fièvre est intense, la température très élevée (39 à 40°5), et l'on observe des symptômes indiquant soit une compression de la moelle, soit une altération histologique : contractures, phénomènes tétaniques, chorée, paraplégie persistante, paralysie vésicale et rectale, hématurie.

Les accidents spinaux, que nous avons observés chez notre malade,

---

quent, l'enfant avait contracté la tuberculose par contagion, par séjour dans un milieu tuberculeux. Cela assurément n'étonnera pas ceux qui sont au courant des idées actuelles sur le bacille tuberculeux et sur l'inoculabilité de la tuberculose. Par où est entré le bacille chez cet enfant? Probablement par les premières voies respiratoires, à la faveur d'une angine, absolument comme dans un cas de M. Rendu, les microbes de la pyohémie sont entrés à la faveur d'une angine chez un sujet mort d'infection purulente à la suite de cette affection.

Un fait bien plus curieux encore, que nous a raconté M. Cazin, est le suivant. L'hospice de Berck est hanté par des milliers de rats. Or, vous savez, ou vous ne savez pas, que ces rongeurs adorent les cataplasmes. Mal leur en prit d'en faire leur nourriture principale à Berck. Ces cataplasmes, en effet, sont jetés à la voirie, à l'extrémité de l'hospice, dans un terrain vague qui ne sert qu'à cela ; comme ils ont servi à panser le plus souvent des abcès ou des ulcères tuberculeux, ils sont par conséquent farcis de tubercules, que les rats ingèrent avec la farine de graines de lin dont ils sont très friands. Un beau jour, alléchés par la promesse d'une récompense honnête, les enfants de l'hospice se mirent à faire la chasse aux rats, et apportèrent les victimes à M. Cazin. Celui-ci, frappé de voir ces animaux présenter un aspect insolite, les examina attentivement, et leur trouva diverses manifestations tuberculeuses : ganglions, abcès, cavernes pulmonaires, etc. Quoi de plus curieux que de voir ces habitants d'un milieu à microbes s'en infecter comme notre malheureuse espèce humaine?

Pour en revenir aux enfants, je ne veux pas dire que tous ceux qui prennent de l'exercice au grand air marin guérissent, mais ceux qui, atteints d'une tuberculose locale, abcès, tumeur blanche des jambes, etc., sont débarrassés à temps de cette affec-

paraissent pouvoir être rattachés à la forme moyenne de Mora. En résumé, si les phénomènes spinaux apparaissent le plus souvent dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, ils peuvent aussi survenir d'emblée et précéder les manifestations articulaires. Il y aurait à établir dans quelle proportion, et comme l'a dit M. Besnier, dans son remarquable article du *Dictionnaire encyclopédique* sur le rhumatisme, « il y a là une division à « établir et des catégories à constituer, des observations nouvelles surtout « à recueillir et une colonne oubliée, ou négligée, à remplir dans les « histoires du rhumatisme articulaire aigu. Mais lorsque les auteurs « écrivent que les accidents spinaux apparaissent à la suite ou au déclin « des arthropathies, ils obéissent plutôt à une vue traditionnelle ou théori- « que qu'au résultat de l'observation ; et si cela est vrai quelquefois, cela « s'applique plutôt aux paraplégies rhumatismales consécutives qu'aux « phénomènes spinaux proprement dits du rhumatisme articulaire aigu « qui sont nombreux, variés, souvent précoces.... » Puissions-nous, par cette courte étude appeler l'attention des cliniciens sur ces complications mal connues, et contribuer à de nouvelles recherches faites dans cette voie aussi intéressante que peu fréquentée !

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

Egypte. — Dans la journée du 21 août, on comptait 265 décès cholériques dans les monderiehs de Siout et de Girgeh, et 105 dans les autres provinces. Dans le Béhéra, ils s'élevaient à 41, à Alexandrie à 37; mais les dépêches font remarquer que ces nombres sont inexacts, parce que chaque jour, dans cette ville, on déclare 20 à 25 décès par maladies ordinaires qui doivent être attribués au choléra. Les fausses déclarations des Arabes ont pour but d'éviter l'application des mesures sanitaires auxquelles ils sont hostiles. La police indigène est impuissante à les faire observer, malgré l'intervention des officiers anglais. Néanmoins, l'épidémie paraît éteinte dans le Fayoum et dans la plupart des localités du Delta.

Le 22 août, il a été déclaré 328 décès, dont 133 dans le monderieh de Keneh, 59 à Siout, 57 à Girgeh, 22 à Minieh, 19 dans le Béhéra, 6 à Damanhour et 32 à Alexandrie. L'épidémie vient d'envahir le monderieh d'Esneh, et paraît s'étendre vers le Soudan, d'où elle menacerait la Nubie.

Les mesures sanitaires à Alexandrie, sont surveillées par des délégués des comités sanitaires locaux et du comité central; mais ces fonctions sont pour eux l'origine des

---

tion, en guérissent et rentrent en possession d'un état général dont on n'a pas idée dans nos hôpitaux. J'ai vu à Berck, entre autres, quelques résections du coude datant de plusieurs années, qui rendraient jaloux M. Ollier, tant par l'excellent état local que par la bonne santé des opérés. L'un de ceux-ci jouait même très bien au billard.

En résumé Berck présente de grands avantages comme station maritime destinée aux scrofulo-tuberculeux, mais la plage est mal abritée et il faudrait faire des travaux assez importants pour la garantir contre le vent et le sable.

Les résultats obtenus dans cette station, soit à l'hospice de la ville de Paris, soit à celui que la famille de Rothschild a construit si libéralement, à quelques centaines de mètres de là, pour les enfants israélites, sont des plus encourageants et de nature à inviter nos édiles à en créer d'autres sur des plages plus hospitalières, plus calmes, soit en Bretagne, soit dans les environs d'Arcachon, soit sur les bords de la Méditerranée.

J'ai parlé en tête de cette causerie de plages de sable, de galets, de boue. J'en dirai seulement quelques mots, car j'ai été entraîné à parler plus longuement de Berck que je ne le pensais.

Le littoral de la France se divise, à ce point de vue, en plusieurs zones très distinctes : de la frontière belge à l'embouchure de la Somme, plages de sable; de l'embouchure de la Somme à celle de la Seine, plages de galets; de l'embouchure de la Seine à celle de la Loire, plages de sable, avec rochers et falaises admirables; de l'embouchure de la Loire à celle de la Gironde, plages de boue; de l'embouchure de la Gironde à celle de la Bidassoa, plages de sable.

animosités violentes des indigènes. Ils ont dû, le 20 août, déclarer leur impuissance et donner leur démission parce que l'autorité ne leur accorde aucune protection. Trois Sociétés de secours, française, italienne et autrichienne, prodiguent leurs soins aux cholériques de toutes les nationalités. Les ambulances établies sous leur patronage et avec leurs ressources, rendent les plus grands services. Cette vigilance et cette charité contrastent avec la conduite des autorités anglaises qui limitent leur protection à leurs nationaux, et font encore une fois preuve de l'esprit qui anime les nouveaux maîtres du pays. — C. E.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le service médical de colonisation et l'administration algérienne.

Le service médical de colonisation est une institution qui a fait honneur à l'administration de 1853. Appelés à donner l'assistance aux populations déshéritées de nos possessions d'Afrique, les médecins de colonisation ont acquis les sympathies générales par leur désintéressement et leur dévouement. Aussi, vingt-deux ans plus tard, en 1875, sur la proposition du conseil supérieur colonial, le gouvernement prenait un arrêté dans le but équitable d'améliorer la situation de ces praticiens. Cette décision était unanimement approuvée.

Un comité supérieur, dans lequel les médecins étaient largement représentés, devait dorénavant défendre leurs intérêts moraux et professionnels et assurer la bonne exécution du service. Aussi cet arrêté ne fut pas exécuté; les bureaux se croyaient atteints dans leurs prérogatives.

C'est alors qu'appuyés par les associations médicales, les médecins sollicitèrent du ministre l'exécution de l'arrêté. Mais il était trop tard. Pour une fois, l'administration faisait diligence: quand la lettre parvint au ministère, le décret venait d'être signé.

Actuellement, le comité supérieur est supprimé. Pour quel motif? Est-il besoin de l'énoncer? L'article 14 de l'arrêté donnait au comité la mission d'examiner les améliorations à apporter au service, d'établir les listes d'avancement des médecins considérés par les comités départementaux comme dignes d'une augmentation de classe, et de se prononcer officieusement sur les mesures disciplinaires proposées par ces mêmes comités départementaux.

Il valait bien mieux, paraît-il, confier ce soin à un fonctionnaire quelconque, chef ou sous-chef de bureau; ouvrir ainsi la porte aux compétitions, aux influences et aux recommandations électorales ou autres. On restait dans les traditions.

On verra donc encore accorder la fonction et le titre « de médecin de colonisation à des

---

Celles-ci sont les seules praticables pour les enfants, qui peuvent s'y ébattre en toute liberté; mais celles de la Manche sont insupportables par le grand vent; en quittant Berck, je suis allé à Boulogne et j'y ai retrouvé ce même vent qui avait emporté le lorgnon de mon ami, et qui chassait tous les baigneurs de la plage. Je ne veux pas dire qu'il en soit toujours ainsi, mais il faut tenir compte de cet inconvénient.

Les plages de galets sont plus impraticables encore pour les enfants, qui ne peuvent y courir pieds nus, ce qui pourtant ferait leur bonheur, qui glissent, tombent, et déclarent en pleurant qu'ils ne veulent plus y aller. De fait, je n'ai pas vu d'enfants à Dieppe.

Quant aux plages de boue, comme à Fouras, par exemple, je ne les cite que pour mémoire; elles m'ont laissé un trop mauvais souvenir pour que je sois tenté d'y retourner.

Et maintenant, chers lecteurs, vous en savez presque autant que moi. Si j'ai un conseil à vous donner, allez à la recherche de quelque bon coin en Normandie ou en Bretagne. Les plus fortunés pourront aller en hiver sur les bords de la Méditerranée, en France, ou mieux encore à Alger.

SIMPLISSIME.

POUDRE ANTIDYSPEPTIQUE. — Wheelock.

Sous-nitrate de bismuth, bi-carbonate de soude pulv., gingembre pulv., sucre pulv., gomme arabique pulv., *ãã*. . . 10 grammes.

Mêlez. — Une cuillerée pour l'adulte, dans le cas de dyspepsie. — N. G.

« habiles qui, en fait de diplômes, présenteront une couverture de thèse, comme cela a « eu lieu tout dernièrement. Un médecin nommé dans ces conditions a exercé pendant « quelques années à Djidjelli. S'il n'avait été chassé par la population, il serait encore « en ce moment honoré de la haute confiance du gouvernement. » — « Ou bien encore, « on mettra à pied, sans la moindre forme, un médecin installé depuis douze ans, comme « celui de Bou-Medja. » — Il est vrai que cet individu n'était pas en règle avec la loi; mais il avait été nommé par l'administration. Le comité supérieur, dans sa courte existence, avait trouvé moyen de demander pour tous les confrères non pourvus de diplômes, mais investis de la confiance administrative, la régularisation de leur position dans un certain délai. C'était substituer la légalité à l'arbitraire, et la justice aux abus de la faveur !

Cependant, l'arbitraire convient mieux peut-être à ceux qui gouvernent l'Algérie. Ils peuvent ainsi oublier un médecin devenu aveugle à la suite d'une ophthalmie contractée dans l'exercice professionnel, sans même lui adresser une modeste lettre de remerciement ! A quoi bon; le médecin n'est pour eux qu'un simple fonctionnaire !

Les médecins d'Algérie adressent donc au Parlement une pétition bien motivée, avec l'appui des associations médicales d'Alger, d'Oran et de Constantine. Ils espèrent que le Sénat et la Chambre des députés interviendront auprès du gouvernement et que, parmi leurs membres, ils trouveront des oreilles pour les écouter, des avocats pour défendre leur juste cause et, au besoin, une plume gouvernementale pour biffer le décret de 1882. Quel que soit le résultat de ces démarches, elles honorent le corps médical de l'Algérie et les associations médicales de la colonie. Elles possèdent donc notre confraternelle sympathie. — C. E.

JOURNAL DES JOURNAUX

Extraits de la *Revue de médecine*, mai-juillet 1883.

La glande biliaire et l'évolution nodulaire graisseuse du foie, par Sabourin. — Le foie, comme le système nerveux, est le siège de lésions histologiques systématiques, et c'est par l'étude de ces localisations anatomo-pathologiques que nous pouvons pénétrer le mieux dans la connaissance de l'anatomie médicale de cet organe. Une lésion dégénérative vulgaire, la stéatose, en se disposant dans le foie suivant une topographie spéciale, met en lumière la notion du *lobule biliaire* que l'auteur s'efforce de substituer à celle de l'ancien *lobule hépatique*. L'évolution nodulaire graisseuse ou interversion lobulaire consiste en une dégénérescence vésiculo-graisseuse des cellules, qui, débutant autour des espaces-portes et rayonnant en tous sens vers les veines centrales des lobules hépatiques voisins, finit par reconstituer pathologiquement le lobule biliaire.

Cette évolution nodulaire peut exister à l'état de maladie totale, mais elle constitue aussi une véritable *lésion élémentaire*, qui peut s'associer à des cirrhoses variées et à d'autres dégénérescences.

L'identité de sa topographie avec celle de la cirrhose annulaire, porte à conclure que celle-ci est la cirrhose capsulaire du lobule biliaire.

La comparaison du lobule biliaire au lobule pulmonaire s'impose aussi à la vue des coupes microscopiques. « Au centre on aurait *un canal porte de premier ordre* (analogue de la bronche intra-lobulaire); à la périphérie, les *canaux sus-hépatiques de premier ordre* (analogues des veines pulmonaires interlobulaires); enfin, dans la masse du lobule les *ramifications du canal porte* ou *espaces portes* (analogues des ramifications de la bronche intra-lobulaire), séparés par le réseau collecteur des *veines centrales sus-hépatiques*, analogue du réseau des racines intra-lobulaires des veines pulmonaires.

Contributions à l'étude : 1° des tremblements pré et posthémiplégiques; 2° des hémiplégies bilatérales par lésions cérébrales symétriques, par Emile Demange. — Quelquefois, avant l'ictus apoplectique, plus souvent à une époque variable après l'hémiplégie, surviennent dans le côté hémiplégié des tremblements ou mouvements anormaux rappelant l'aspect clinique de l'ataxie, de la chorée, de la paralysie agitante, de la sclérose en plaques. L'auteur a observé onze observations presque toutes suivies d'autopsie, d'où il conclut que :

1° Les mouvements anormaux survenant chez les hémiplégiques se divisent en deux groupes. Les uns surviennent spontanément en dehors des mouvements voulus, ce sont l'hémichorée, l'hémiathétose, l'hémiparalysie agitante. Les autres se produisent seulement au moment de l'accomplissement d'un acte voulu. Ce sont l'hémiataxie et l'hémitremblement à forme de sclérose en plaques.

2° Ces tremblements peuvent coïncider chez le même sujet, se succéder l'un à l'autre ;

3° L'hémianesthésie a été constante;

4° On ne peut assigner un siège spécial à la lésion suivant la forme du tremblement. La condition anatomique suffisante pour sa production paraît être l'irritation en un point quelconque de leur trajet des fibres motrices, soit dans la capsule blanche, soit dans les noyaux gris auxquels elles aboutissent, lenticulaires ou couche optique, soit dans leur expansion terminale vers les circonvolutions motrices. La forme du tremblement est liée, non au siège de la lésion cérébrale, mais à l'état des muscles du côté paralysé, dont la tonicité, la contractilité varient suivant les sujets, suivant l'âge de l'hémiplégie et l'état de la dégénérescence descendante des fibres pyramidales ;

5° Quand les mouvements anormaux décrits ci-dessus surviennent dans les deux côtés du corps, à la suite d'une hémiplégie bilatérale par lésions cérébrales symétriques, ils peuvent simuler presque complètement la chorée, l'athétose, la paralysie agitante, l'ataxie locomotrice, la sclérose en plaques. L'affaiblissement musculaire plus marqué d'un côté, l'examen des symptômes sensitifs, les anammestiques sont les meilleurs moyens de diagnostic.

De la sclérose en plaques chez les enfants, par Marie. — La sclérose existe dans l'enfance proprement dite; elle est même d'une fréquence relative vers l'âge de 3 à 4 ans. Ses manifestations cliniques sont, chez les enfants, tout à fait analogues à celles qui s'observent chez les adultes ; le tremblement, avec ses caractères spéciaux, le nystagmus, les troubles de la parole, les mouvements fibrillaires de la langue, les troubles psychiques, les attaques épileptiformes ou apoplectiformes.

La maladie, dont les symptômes se rapprochent le plus de ceux de la sclérose en plaques, est l'*ataxie héréditaire*, décrite par Friedreich.

Mais le début plus tardif, l'incoordination des mouvements, l'absence des réflexes tendineux, les troubles de la sensibilité, l'absence de troubles cérébraux suffiront le plus souvent à différencier la maladie de Friedreich de la sclérose en plaques.

La cirrhose du système sus-hépatique d'origine cardiaque, par Sabourin. — 1° Les maladies du cœur peuvent produire dans le foie une cirrhose véritable.

2° Cette cirrhose a pour siège le territoire veineux sus-hépatique.

3° Elle tend à former, sur les coupes, des anneaux complets, passant par les veines sus-hépatiques, anneaux qui circonscrivent des territoires glandulaires à centre portobiliaire.

4° Par sa nature histologique et son évolution élémentaire, elle possède et conserve des caractères qui permettent de la reconnaître facilement.

5° Elle constitue un élément anatomo-pathologique important dans l'histoire des maladies du foie ; cet élément donne leur cachet aux cirrhoses hépatiques dites cardiaques.

De la dyscrasie dans la maladie de Bright chronique, par Lépine. — L'élimination des substances toxiques (cantharide, sels de plomb, de mercure, arsenic, iode, sels de fer et de manganèse, nickel et cobalt), produit des altérations de l'épithélium et secondairement du tissu conjonctif du rein. Des substances que l'on croirait *a priori* inoffensives, chlorure de sodium, phosphate de soude, introduites chez un animal par injections intraveineuses déterminent presque fatalement la néphrite dès qu'une dose supérieure à 1 gramme par kilogramme d'animal est injectée en un bref intervalle.

La dyscrasie spéciale causée par l'insuffisance de l'urination est un des facteurs importants de l'hypertrophie cardiaque qui se produit dans le cours des néphrites.

Etude critique et clinique de la doctrine des localisations motrices dans l'écorce des hémisphères cérébraux de l'homme, par Charcot et Pitres. — *Des angines de poitrine*, par Henri Huchard.

Ces deux importants travaux en cours de publication seront analysés ultérieurement.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Bonnafont donne lecture d'une note intitulée: *Quelques documents sur l'histoire de la prophylaxie du choléra.*

M. le Secrétaire perpétuel signale, parmi les pièces imprimées de la Correspondance, quatre volumes des « Annales du Bureau central météorologique », qui sont adressés à l'Académie par M. *Mascart*, savoir:

Année 1880, t. II: « Observations françaises et Revue climatologique. » — Ce volume renferme les observations textuelles, faites dans les stations les plus importantes, et une revue sur le climat du sud-ouest de l'Europe; par M. Angot.

Année 1881, t. I: « Etude des orages en France et Mémoires divers. » — Outre la Revue annuelle sur les orages, ce volume renferme une étude très étendue de M. Angot sur le climat de l'Algérie, d'après une longue série d'observations.

Année 1881, t. III: « Tableaux des pluies recueillies en France, avec une Notice sur le régime des pluies, » par M. Moureaux.

1881, t. IV: « Météorologie générale. » — Ce volume renferme deux Mémoires importants de M. Teisserenc de Bort: 1° Cartes d'isothermes et d'isobares moyennes à la surface du globe; 2° Etude très étendue sur le grand hiver de 1879-80, avec de nombreuses Cartes, et une discussion sur les caractères météorologiques des hivers anormaux.

M. P. Davin rappelle le Mémoire qu'il a adressé à l'Académie, en juillet 1873, sur l'efficacité, contre le choléra, de la poudre de bronze employée pour la dorure. Il conseillait, à cette époque, de répandre cette poudre dans les appartements au moyen d'un soufflet. Il cite divers exemples, dans lesquels cette précaution a préservé du choléra ceux qui y ont eu recours.

Ce rappel devrait venir à la suite de la communication faite par M. Bouley, au nom de M. le docteur Burq, sur la préservation du choléra au moyen du cuivre. Mais cette dernière communication a été déjà signalée aux lecteurs dans le numéro du journal du 16 août.

M. E. Peyrusson communique une note intitulée: *Du danger de contagion des maladies infectieuses, par l'emploi des vases en faïence tressaillée.*

Ayant eu à examiner des poteries communes qui étaient soupçonnées d'avoir occasionné des accidents d'intoxication saturnine, j'ai pu constater qu'un grand nombre de ces poteries sont encore, malgré les circulaires ministérielles, très souvent vernies à l'alguifoux; leur glaçure contient une quantité de plomb qui constitue un danger sérieux, puisque j'ai pu retirer, de 100 gr. de lait qui avait fermenté dans un de ces vases, la dose énorme de 0 gr. 22 de sulfate de plomb.

On sait cependant que M. Constantin a inventé un procédé à la fois plus économique et tout à fait inoffensif, le vernissage au borosilicate de chaux, et que ce chimiste, dont l'Académie a couronné les travaux, a libéralement livré au public cette découverte, si importante au point de vue de l'hygiène. Il y aurait donc utilité à provoquer de nouveau l'intervention de l'autorité sur ce point.

La glaçure des faïences fines, françaises et anglaises, a été beaucoup améliorée par l'addition de l'acide borique et du borate de chaux, qui permettent de diminuer dans une grande proportion la quantité de céruse qui entrait jadis dans leur composition; elles ne cèdent qu'une petite quantité de plomb au lait et au bouillon fermentés; mais, étant donné que ce métal est le plus dangereux des métaux usuels, il n'est pas douteux que, si ces poteries ne peuvent pas produire d'empoisonnements aigus, comme les poteries vernies à l'alguifoux, elles peuvent cependant, par un usage habituel, occasionner des accidents qui sont d'autant plus à redouter que l'élimination du plomb de l'économie demande un temps très long, pendant lequel ces petites doses s'accumulent dans l'organisme.

Au cours des expériences dont je viens de parler, je remarquai que les vases dans lesquels j'avais fait aigrir une première fois du lait ou du bouillon faisaient fermenter ces matières beaucoup plus rapidement lorsque j'y renouvelais l'expérience, même après les avoir nettoyés avec grand soin. J'eus alors l'idée que ce fait pouvait provenir des tressaillures, ou gerçures, qui existent toujours dans la glaçure des faïences qui ont servi un certain temps: je me demandai si ces petites fentes ne conservaient pas, malgré les lavages, un certain nombre de germes qui provoquaient la fermentation des liquides frais que je mettais à nouveau dans ces vases. Les faïences, même les plus

fines, sont en effet constituées par une pâte qui n'a pas été cuite jusqu'au ramollissement, et qui, par conséquent, est restée poreuse.

. . . . Il semble résulter de mes expériences que les tressaillures peuvent servir de réceptacle aux germes des fermentations. Etant donnée l'analogie, démontrée par M. Pasteur, de ces germes avec ceux des maladies contagieuses, il est certainement permis de craindre que ces vases puissent également conserver les germes de ces maladies, lorsqu'ils ont servi à des malades qui en étaient atteints.

Le rapport de M. Gueneau de Mussy, sur les épidémies de 1880, mentionne le fait de 23 hommes qui ont contracté la fièvre typhoïde à l'hôpital, où ils étaient entrés pour des maladies différentes. On ne saurait trop prendre de précautions pour éviter les contagions. Je ne serais pas étonné que nombre de contaminations eussent été produites par les vases, dans les conditions que je viens d'indiquer; c'est pourquoi il m'a semblé utile d'attirer l'attention de l'Académie sur cette question, dont les hygiénistes ne se sont pas, que je sache, préoccupés jusqu'à ce jour.

Je conclurai en disant qu'il serait prudent d'éviter l'emploi des vases en faïence, pour le service des malades atteints d'affections contagieuses; ces vases devraient être absolument proscrits des hôpitaux, où l'on ne devrait employer que des vases en verre et en porcelaine; le métal lui-même présente toujours des rugosités où peuvent se fixer des germes infectieux, que les lavages, même à l'eau bouillante, peuvent ne pas détruire.

Les indications que M. Pasteur vient de publier, pour la prophylaxie du choléra, indiquent l'importance qu'il attache à la purification des vases et justifient ces conclusions.

VARIÉTÉS

Le choléra et les médecins autrichiens.

Décidément, la fameuse note du *Foreign Office* n'aura pas le mérite d'entraîner de nombreuses conversions aux doctrines médicales officielles du gouvernement anglais. Les résolutions et le vote de l'Académie de médecine de Paris sont approuvés par les médecins de l'étranger. C'est ainsi que l'*Allgemeine medicinische Zeitung* n'hésite pas, au nom des médecins autrichiens, à déclarer que les endémies cholériques sont le triste privilège du Delta du Gange. De là, par les voies commerciales, l'épidémie se propage dans les autres parties du monde. Le choléra actuel a été importé, comme l'*Union Médicale* l'annonçait naguère, par un chauffeur venant de Bombay, de même que celui de 1873 s'était directement propagé des Indes en Amérique.

Si le contagium du choléra est encore mal connu, et il est possible que notre ignorance à ce sujet cesse bientôt par les recherches des missions scientifiques actuelles, — il n'en est pas moins certain, d'après l'observation des épidémies antérieures, qu'il a pour véhicule des objets de toute nature.

Les quarantaines, avec une désinfection rationnelle, sont donc les moyens prophylactiques les plus efficaces et, comme le remarque notre confrère autrichien, la note britannique ne décidera pas les puissances européennes à abandonner ce système. Bien au contraire, elles ont l'obligation de redoubler de vigilance et, le cas échéant, de les rendre plus sévères, malgré les réclamations du commerce anglais. Vouloir trop prouver est souvent le moyen de ne pas convaincre. Le gouvernement anglais doit maintenant comprendre la vérité de ce vulgaire proverbe. — L. D.

FORMULAIRE

Du massage dans le traitement de l'hypopion. — Just.

En pressant doucement et en exerçant de légères frictions sur le globe de l'œil, à travers la paupière inférieure, l'auteur a réussi à diminuer la collection purulente dans la chambre antérieure, puis à la mélanger complètement avec l'humeur aqueuse. Dans plusieurs cas d'hypopion traités de la sorte, il a vu la résorption se faire d'une manière très rapide.

Hirschberg ajoute qu'en faisant coucher le malade alternativement sur le côté droit et sur le côté gauche, et en le forçant à changer de position toutes les heures, on provoque une résorption également rapide, lorsque l'hypopion est mobile.

Le massage a été employé avec succès par le docteur Klein, dans un cas d'épisclérite

aiguë, dans un cas de conjonctivite phlycténulaire, dans un cas de kératite parenchymateuse diffuse, et dans un cas de catarrhe saisonnier. On peut encore y avoir recours dans d'autres affections oculaires. Cependant il est contre-indiqué lorsqu'il est douloureux, ou qu'il provoque une irritation ciliaire persistante. — N. G.

COURRIER

Nous recevons la communication suivante :

Mme Pécheux, directrice de la Société philanthropique des Garde-malades ambulancières, prie Messieurs les docteurs en médecine de jeter les yeux sur la demande ci-dessous, qu'elle a adressée au président du Conseil municipal, au sujet de l'ouverture des ambulances du département de la Seine, et de bien vouloir l'appuyer s'ils jugent l'œuvre utile.

« Monsieur le Président,

« M. le docteur Nachtel ayant appelé l'attention du Conseil municipal sur le manque de secours aux blessés par accidents divers, je viens vous rappeler que, frappée de cette absence complète de ressources, nous avons formé une installation permanente au siège social de notre Société, 95, rue du Rocher, pour donner les premiers soins à tous les blessés. Nous avions demandé au Conseil de faire poser au siège social un téléphone, afin de pouvoir envoyer promptement des secours en linge et en objets indispensables aux premiers pansements, ainsi qu'une ou plusieurs ambulancières instruites, diplômées et de première classe, toujours prêtes à partir.

« Je vous ferai remarquer, Monsieur le Président, que la Société philanthropique pourrait ouvrir presque tout de suite une Ambulance dans chaque arrondissement, moyennant une subvention annuelle de 2,500 à 3,000 fr. par ambulance, somme qui pourrait être changée suivant les modifications que vous demanderait le Conseil, le logement pour l'ambulance et l'ambulancière nous étant donné aux mairies, aux écoles communales ou dans tout autre etablissement.

« J'ai l'honneur d'être, Monsieur le Président, votre très humble et toute dévouée servante.

« *La directrice de la Société,* Ve Pécheux. »

Les statuts de la Société sont déposés dans tous les Postes et Commissariats de police, dans les Mairies de Paris et de la Banlieue. Les personnes qui auraient oublié ou perdu notre adresse peuvent la demander à tous ces bureaux.

En cas d'accidents ou de catastrophes, les autorités sont priées d'avertir au siège social, d'où les gardes qui s'y trouvent en permanence se rendront immédiatement au lieu désigné, avec la boîte à pansements de la Société, contenant le linge et tous les objets indispensables.

Hospices civils de Marseille. — Le lundi 14 janvier 1884, à 3 heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu, pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux.

Ce concours aura lieu devant la Commission administrative, assistée d'un jury médical.

Au jour fixé pour l'ouverture du concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteur de l'une des Facultés de France, être âgés de 27 ans au moins, de nationalité française ou en mesure de justifier de leur naturalisation.

Les deux années de pratique comme docteur ne sont pas exigées des anciens élèves internes dans les hôpitaux des villes où siège une Faculté, ni des élèves internes des hôpitaux de Marseille; ils pourront, en conséquence, concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

ÉTUDES DE CLINIQUE MÉDICALE

Hémoptysies et Congestions pulmonaires arthritiques (1),

Par Henri Huchard, médecin de l'hôpital Tenon.

Messieurs,

I. — En grand clinicien et en profond observateur, Trousseau, voulant réagir contre une espèce de fatalisme qui pesait sur tous les hémoptysiques depuis les affirmations de Laennec et de Louis, avait déjà dit que trop fréquemment l'hémoptysie éveille chez le médecin l'idée de la tuberculose, et que « cet accident se rattache aussi souvent à des affections étrangères à la tuberculisation qu'à cette maladie elle-même. » C'est là sans doute une autre exagération, mais il n'en est pas moins vrai que l'hémoptysie peut, en dehors de l'hystérie, du traumatisme, de quelques affections locales du poumon et du cœur, des dérivations fluxionnaires ou hémorrhagiques, etc., être reliée à certains états constitutionnels parmi lesquels l'arthritis occupe la première place.

A ce dernier point de vue encore, nous allons nous heurter, nous le savons, à des affirmations contraires : à côté des sceptiques qui ne veulent pas croire à l'existence de l'arthritis, avec ses innombrables manifestations qui commencent au rhume de cerveau et finissent au cancer en passant par l'hémorrhagie cérébrale, il y a les crédules qui non seulement partagent le genre humain en arthritiques et scrofuleux, — ce qui n'est sans doute pas sans fondement, — mais aussi qui ont une tendance à voir l'arthritis un peu partout. Je n'ai la prétention de convaincre, ni les intransigeants du scepticisme à outrance, ni les impénitents de la crédulité sans limites, et je ne veux me placer que sur le terrain clinique, abandonnant toutes les discussions oiseuses auxquelles cette question a donné lieu depuis trop longtemps.

Un éminent maître, M. Verneuil, nous a tracé une voie lumineuse en nous indiquant l'influence que les états constitutionnels exercent sur les cas chirurgicaux; pour la médecine, les mêmes efforts ont été tentés par Bazin, Noël Gueneau de Mussy, Pidoux, etc. Ils doivent être encore poursuivis, en dépit de certaines questions d'actualité qui semblent passionner d'une manière peut-être trop exclusive la génération médicale actuelle.

L'arthritis — cette goutte sans goutte, comme le dit Durand-Fardel — est une disposition constitutionnelle très féconde en manifestations diverses qui peuvent atteindre presque tous les organes, presque tous les appareils, mais dont le mode instrumental, si je puis ainsi m'exprimer, est presque toujours de nature congestive. Un homme des plus remarquables, comme il était aussi des plus modestes, dont les aperçus ingénieux et les larges idées ont laissé une empreinte réelle dans l'étude des maladies générales et diathésiques, le docteur Cazalis, a-t-il eu raison de désigner l'arthritis sous l'heureuse dénomination de DIATHÈSE CONGESTIVE. Ce nom a été repris dernièrement dans une étude des plus instructives sur cette diathèse, par le docteur Sénac, de Vichy.

Ce mode congestif qui se manifeste dès le plus tendre âge par des épis-

(1) Communication au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, à Rouen (séance du 16 août 1883).

taxis répétées, des congestions fréquentes vers la muqueuse de l'arbre respiratoire (coryzas, angines, laryngites striduleuses, bronchites, etc.), par des dermatoses et des névralgies congestives, se traduit encore chez la femme à l'époque de la puberté et de la ménopause, par des congestions utérines, des ménorrhagies qui n'ont pas d'autre origine; chez l'adulte et chez le vieillard, par des flux hémorrhoïdaires, par des altérations fréquentes vers le système cardio-vasculaire, dont une des plus importantes, les anévrysmes miliaires, donnent naissance aux hémorrhagies des centres nerveux et surtout du cerveau, si communes chez les arthritiques. Il n'est pas jusqu'à l'hémophylie qui ne doive être aussi rattachée à l'arthritis.

En outre, les manifestations viscérales de la diathèse se font remarquer le plus souvent par la brusquerie de leur invasion, la rapidité de leur disparition, par la mobilité de leurs allures, par leurs relations assez étroites avec les influences barométriques, par une sorte d'alternance avec les fluxions articulaires (ce qui leur donne parfois un faux air de fixité), par une certaine périodicité jusqu'ici presque inexplicable, et aussi, sans qu'on sache trop pourquoi, par leur apparition le plus souvent nocturne.

Nous verrons plus tard que tous ces caractères réunis peuvent servir à distinguer les HÉMOPTYSIES ARTHRITIQUES.

Or, si cette diathèse prédispose si souvent aux congestions, aux fluxions et aux hémorrhagies, pourquoi donc ne les observerait-on pas dans l'appareil pulmonaire?

En tous cas, voici quelques-uns des faits que nous avons observés et que nous voulons soumettre à votre appréciation :

M. de R... a aujourd'hui 57 ans; sa grand'mère maternelle est morte jeune de rhumatismes, son père extrêmement goutteux est mort à 70 ans, sa mère, migraineuse, a succombé à une attaque d'apoplexie, son frère, à 25 ans, d'une maladie indéterminée ; sa sœur est très migraineuse, et l'un de ses neveux est devenu goutteux dès l'âge de 26 ans. Il n'y a jamais eu de tuberculeux dans sa famille.

A 20 ans, il se réveille *pendant la nuit* et crache du sang en abondance; en 1869, après un dîner, il reconduit au chemin de fer un de ses amis, *subit l'influence du froid*, rentre au salon, et a une hémoptysie considérable; au bout de quinze jours, tout était rentré dans l'ordre. En 1872, *encore pendant la nuit*, crachement de sang, suivi d'autres hémoptysies à *retours presque périodiques* le soir ou la nuit; pendant quinze jours, on constate l'existence de râles sous-crépitants dans la fosse *sous*-épineuse *droite;* en 1879, le matin, à son réveil, nouvelle hémoptysie, cette fois suivie de râles sous-crépitants dans la fosse *sus*-épineuse *gauche*. Enfin, en 1881, dernière hémoptysie avec submatité et râles sous-crépitants à gauche, lesquels persistent quelques jours seulement.

Ce malade est assez fort, vigoureux même, il n'a jamais présenté de symptômes de tuberculose. Il n'a jamais eu d'autres manifestations articulaires que deux nodosités peu douloureuses à l'index droit (nodosités d'Heberden) et aussi depuis quatre ou cinq ans, une céphalée rhumatismale, sorte de migraine ophthalmique, car elle s'accompagne de troubles visuels très accusés ; enfin les urines laissent déposer un dépôt briqueté d'acide urique et d'urates très abondants.

Mme R... a aujourd'hui 52 ans. Grand-père maternel goutteux, mère rhumatisante, sujette aux névralgies. Il y a 20 ans, la malade a eu un rhumatisme articulaire généralisé qui n'a laissé aucune trace du côté du cœur. Elle a été réglée à 13 ans, et *toujours ses règles ont été extrêmement abondantes*.

A l'âge de 24 ans, il y a donc vingt-huit ans, *dans la soirée* vers onze heures, elle a une première hémoptysie; elle est vue par Gendrin, Andral

et Barth, qui, tous trois, malgré l'absence de phénomènes stéthoscopiques, concluent à l'imminence d'une tuberculose, et établissent un pronostic très grave. Depuis cette époque, elle a eu *une trentaine d'hémoptysies* dont quelques-unes *fort abondantes*. En 1880, l'hémoptysie qui est survenue *pendant la nuit*, a eu une violence extrême. Enfin dernièrement, il y a quelques mois, sous l'influence d'une promenade dans un endroit humide, nouveau et dernier crachement de sang.

Souvent ces hémoptysies sont suivies et même *précédées* de symptômes de congestion pulmonaire (submatité, râles sous-crépitants, respiration soufflante d'emblée, c'est-à-dire sans avoir été précédée par des râles crépitants, dans diverses parties de la poitrine, tantôt à droite, tantôt à gauche, le plus souvent à gauche, tantôt à la base, tantôt au sommet).

M. T..., âgé de 44 ans, est né d'un père goutteux, mort l'année dernière d'une angine de poitrine.

Il y a 14 ans, il a eu des hémoptysies *fréquentes, abondantes, periodiques*, le plus souvent *nocturnes*, qui l'ont fait regarder comme tuberculeux par un de nos grands dignitaires de la profession, un « prince de la science », comme le public aime à le dire. Plus tard, surviennent des manifestations diverses, des douleurs vagues dans les jointures et dans les membres, plusieurs attaques de sciatique dont la dernière a eu il y a huit mois une intensité extraordinaire, une périostite alvéolo-dentaire ou gingivite expulsive dont les relations avec l'arthritisme sont pour moi des mieux établies. Or, pendant que « ces rhumatismes le travaillaient », les symptômes de congestion pulmonaire qui avaient si fort effrayé tous les médecins, disparaissaient complètement pour reparaître ensuite après la disparition de toutes ses misères rhumatiques.

Ce malade n'a jamais été et n'est pas tuberculeux.

Ces trois observations me paraissent assez concluantes, et je ne citerai les autres que pour mémoire, parce qu'elles n'ont pas subi l'épreuve du temps et qu'on pourrait m'objecter que chez les jeunes sujets, les hémoptysies répétées ne peuvent être que la première et la seule manifestation de la tuberculose :

En novembre 1882, je vois un malade de 36 ans du département du Nord se dirigeant vers le Midi sur les conseils de son médecin. De passage à Paris, il vient me consulter. Ce malade avait eu déjà huit hémoptysies depuis vingt ans; mais son médecin qui le regardait comme phthisique avait fait la remarque judicieuse que les sommets étaient indemnes, et qu'il n'y avait que des foyers de congestion pulmonaire très mobiles dans leur siège et leur mode d'apparition. Il présente un facies arthritique des plus accusés; et lorsque je le fais déshabiller, je constate l'existence d'un beau lipôme sous-claviculaire. Je trouve au côté droit et à la partie moyenne de la poitrine dans une largeur égale à la main, des râles sous-crépitants très nombreux avec quelques froissements pleuraux. Il part pour le Midi, en revient et ne présente plus aucun symptôme thoracique.

M. de R..., âgé de 24 ans, fils et petit-fils de goutteux, d'asthmatiques, de rhumatisants, de diabétiques ou de graveleux, est atteint de rhumatisme articulaire très grave à l'âge de 13 ans. En 1878, premier crachement de sang qui se renouvelle une dizaine de fois jusqu'à la fin de 1881, époque à laquelle ils cessent. Mais si le malade a présenté des râles sous-crépitants au sommet gauche, il est juste de dire aussi que souvent ces râles ont disparu et se sont montrés dans d'autres points de la poitrine.

En 1879, un jeune homme de 29 ans, M. L..., est pris, à la suite d'un refroidissement, à onze heures du soir, d'une hémoptysie d'une abondance

extrême. Il a des antécédents de goutte et de rhumatisme dans sa famille; cet accident ne s'est pas reproduit, et le malade, fort et vigoureux, jouit d'une santé parfaite.

Je pourrais encore vous citer d'assez nombreux exemples; je pourrais vous parler d'un jeune étudiant en médecine, travailleur infatigable et plein d'avenir, né de père et mère arthritiques, qui reprendra bientôt, je l'espère, ses études interrompues par des accidents de congestion pulmonaire et par des hémoptysies que j'ai toujours regardées comme étant d'origine ou de nature arthritique, qu'il a toujours voulu attribuer à la tuberculose. Aujourd'hui, sous l'influence d'un traitement suivi avec persévérance, il va renaître à l'espoir de vivre, puisqu'il lui est démontré que son hémoptysie si violente, que ses congestions pulmonaires multiples et plus ou moins mobiles à la base du poumon gauche, à l'aisselle et au-dessous de la fosse claviculaire ont disparu presque sans retour!

A suivre.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

Egypte. — Le 23 août, on a constaté 214 décès cholériques dont 33 à Alexandrie. Le 24, ce nombre a encore diminué à Alexandrie ou il n'était que de 30; au Caire, la maladie n'avait pas fait de victimes, et dans les provinces la mortalité s'élevait à 194. Toutefois, dans le Delta, le Behera est toujours contaminé, et dans la Haute-Egypte, l'épidémie n'épargne aucune province.

Il y a eu le 25 août 228 décès cholériques dont 27 à Alexandrie; on ignore exactement le chiffre de la mortalité dans les localités des provinces de la Haute-Egypte, les renseignements font défaut comme les secours médicaux. On vient seulement d'envoyer un médecin à Siout, un autre à Girgeh, mais les autres villes ou villages en sont dépourvus et les indigènes y succombent par centaines.

De plus on constate, même dans les villes où le choléra a disparu, une élévation considérable de la mortalité générale.

Ile de la éunion. — Une quarantaine est imposé à tous les navires venant d'Europe. L'interdiction du débarquement, même au lazaret, est absolue.

BIBLIOTHÈQUE

Leçons de pathologie chirurgicale générale, par le docteur Berne, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Lyon, ancien chirurgien en chef de la Charité. — G. Masson; Paris, 1883.

Lorsqu'un professeur s'est acquitté avec éclat pendant de nombreuses années d'un enseignement difficile, on doit lui savoir le plus grand gré, s'il prend le soin de condenser en un livre la quintessence de ses leçons et le résumé de son expérience. C'est une nouvelle tâche, et des plus délicates, où il n'est pas toujours aisé de réussir; car les qualités déployées dans l'enseignement oral ne sont pas les mêmes qui assurent le succès d'un écrivain.

L'accueil si favorable, fait par le monde médical et la critique à l'important ouvrage que vient de publier M. le professeur Berne, prouve que chez lui l'écrivain n'est pas inférieur à l'orateur. La clarté de l'exposition, l'élégance du style rendent d'une lecture attrayante ses leçons de pathologie chirurgicale générale, dont nous allons exposer le plan.

Dans la préface, M. Berne définit ainsi le but qu'il s'est proposé, — initier les étudiants aux grands processus de la pathologie externe, dont la connaissance est indispensable avant d'entreprendre les études cliniques.

« Nous nous sommes astreint, dans nos leçons, à étudier surtout les questions de pathologie chirurgicale générale. Voici pourquoi: l'enseignement chirurgical comprend actuellement en France deux chaires: la chaire théorique et la chaire clinique. Le rôle des deux professeurs nous semble distinct. Au professeur théorique appartient le devoir d'initier l'élève aux idées générales de la pathologie chirurgicale. A lui d'enseigner l'inflammation, le traumatisme, la gangrène, les tumeurs en général. Le professeur de cli-

nique doit au contraire spécialiser son enseignement à propos de chaque malade: à lui d'étudier l'inflammation, le traumatisme, la gangrène de telle ou telle partie, la tumeur de telle ou telle région. Plus que tout autre nous proclamons l'importance de ce dernier enseignement. C'est au lit du malade, c'est dans les salles d'hôpital, véritables laboratoires médicaux, que l'élève doit se former définitivement. Mais, pour être à même d'utiliser ces précieuses ressources, il doit être initié tout d'abord aux problèmes de la pathologie générale.

Plus que jamais, le mouvement de spécialisation nous entraîne à des résultats qui seront peut-être heureux; mais, pour que la spécialisation ne reste pas stérile, il faut qu'elle repose sur un fond solide de connaissances générales. »

M. Berne a compris que notre littérature chirurgicale française présentait une lacune à ce point de vue, et que, si le livre de Billroth a rendu de grands services aux étudiants et justifié ainsi l'approbation de M. le professeur Verneuil, par l'oubli trop fréquent des travaux français il s'est condamné à exposer d'une manière incomplète un grand nombre de questions. M. Berne a donc tenu à faire précéder chaque sujet de l'exposé historique concis, mais complet de toutes les théories.

C'est ainsi que dans les douze premières leçons du premier volume se trouvent condensés tous les renseignements relatifs à l'inflammation; grâce à la précaution prise par l'auteur de distinguer soigneusement les faits observés et les théories auxquelles a donné naissance l'interprétation de ces faits, l'élève chez qui l'esprit critique n'est pas encore développé ne sera pas exposé à confondre les acquisitions définitives qui constituent le fondement inébranlable de la science et les hypothèses trop souvent fragiles que des esprits ingénieux s'efforcent d'élever sur cette base.

Les derniers et si importants travaux relatifs à la nature tuberculeuse des abcès froids, que l'étudiant encore inexpérimenté dans les recherches bibliographiques n'eût guère pu analyser dans les monographies où ils se trouvaient éparpillés, sont pour la première fois exposés complètement dans un ouvrage didactique et élémentaire.

Le même esprit de saine érudition a présidé à la rédaction des chapitres concernant les gangrènes, les embolies, les thromboses, les ulcérations, phlegmons et anthrax.

Signalons tout particulièrement la leçon relative au mal perforant plantaire, où les candidats occupés à la préparation de maint concours seront heureux de voir résumer en une trentaine de pages la substance des travaux originaux si nombreux, publiés sur ce sujet en France et à l'étranger.

La deuxième partie s'ouvre par l'étude du traumatisme, et c'est avec la plus scrupuleuse conscience que M. Berne y expose les importantes recherches relatives à l'influence des états généraux et des diathèses sur la marche des lésions traumatiques. Cette question, toute d'actualité, et confinée jusqu'ici dans les comptes rendus des sociétés savantes ou dans des thèses, est ainsi mise à la portée des débutants.

Puis vient l'étude des pansements où la clarté de l'exposition fait oublier l'aridité du sujet. Les greffes et leur appplication aux procédés d'autoplastie, les diverses espèces de plaies et leurs complications font le sujet des chapitres suivants.

Parmi les complications des plaies, l'infection purulente et la septicémie, auxquelles de célèbres discussions académiques et les travaux contemporains sur les microbes donnent un si vif intérêt, sont l'objet d'une magistrale leçon.

La troisième partie est consacrée aux tumeurs, à leur étude micrographique et microscopique, à leur diagnostic clinique, avec des développements proportionnels à leur importance; ainsi le carcinome est le sujet de deux leçons très complètes, dans lesquelles nous trouvons exposées toutes les théories relatives à sa physiologie pathologique, à son étiologie, à ses modes de propagation.

Enfin le livre se termine par l'étude des anévrysmes et de leurs traitements; car on doit féliciter M. Berne d'avoir compris que, pour bien préparer les étudiants à profiter de la vue des opérations pratiquées à l'hôpital par leurs maîtres, il était indispensable de leur exposer très complètement les nombreux procédés thérapeutiques entre lesquels le clinicien est appelé à faire son choix. Le traitement, assez écourté en général dans les ouvrages de pathologie générale, est au contraire très soigneusement étudié dans le livre dont nous venons de donner une si rapide analyse.

Un côté très original et très pratique de cet ouvrage est la présence d'un très grand nombre de tableaux synoptiques, où se trouvent exposés tous les points importants de chaque leçon. L'usage de fixer devant les yeux des assistants la charpente même du sujet. autour de laquelle doivent se grouper les développements oratoires, est avec grande raison familier à beaucoup de professeurs; mais nous ne pouvons qu'approuver

M. le professeur Berne d'avoir transporté dans son livre les tableaux si clairs et si savamment construits qui permettent d'en faire une revue rapide.

En résumé, nous sommes heureux de féliciter notre savant confrère de Lyon d'avoir doté notre littérature chirurgicale d'un excellent ouvrage, qui vient assurément combler une lacune et qui par conséquent a toutes les chances pour devenir classique.

LE GENDRE.

ETUDE CLINIQUE SUR LA MATURATION ARTIFICIELLE DE LA CATARACTE,

par le docteur F. DE LAPERSONNE, Delahaye et Lecrosnier ; Paris, 1883.

Il est souvent difficile de juger du moment opportun pour l'intervention chirurgicale dans les cas de cataractes spontanées. D'une part, on peut se méprendre sur la maturité de la cataracte, c'est-à-dire sur le degré d'opacité des couches corticales antérieures ; d'autre part, on peut se trouver en présence d'un malade dont la situation sociale empêche le chirurgien d'attendre patiemment la maturité complète.

Quelques auteurs, sans doute, ont affirmé qu'on pouvait opérer sans hésitation des cataractes incomplètes ; mais la plupart des ophthalmologistes s'accordent à reconnaître que l'extraction des couches corticales est en pareil cas fort difficile, que des fragments de tissu cristallinien peuvent rester dans le champ pupillaire en dépit des efforts de l'opérateur, s'opacifier les jours suivants et donner lieu à des accidents d'irido-cyclite ou à des cataractes secondaires. Aussi a-t-on songé à provoquer la maturation artificielle, opération délicate que M. de Lapersonne, ancien interne et élève fort distingué du professeur Panas, étudie avec beaucoup de compétence et juge dans les termes suivants :

1° Dans les cataractes à marche lente, et particulièrement dans les cataractes séniles, lorsque l'amblyopie empêche pour longtemps tout travail utile, on est autorisé à pratiquer la maturation artificielle de la cataracte.

2° Cette opération a pour but d'opacifier les couches corticales antérieures, de permettre leur détachement de la cristalloïde, de faciliter par conséquent la toilette du champ pupillaire.

3° Le procédé de Graefe et de Mannhardt est abandonné comme trop dangereux ; on aura recours à l'opération imaginée récemment par Förster.

4° Elle consiste à faire sur la cornée des frictions répétées après ouverture de la chambre antérieure et iridectomie.

5° Dans les cas heureux, l'opacification est complète du 3e au 6e jour. On peut procéder à l'extraction vers la 3e ou la 4e semaine.

6° La réaction inflammatoire est insignifiante. L'extraction est ordinairement simple. Cependant elle peut être gênée ; dans certains cas les couches antérieures, étant trop molles, ne sortent pas facilement avec le noyau. Enfin la maturation peut échouer. A ces deux points de vue on doit faire quelques réserves.

JOURNAL DES JOURNAUX

Des quelques médicaments savoureux dans la thérapeutique infantile, par F. CHURCHILL (de l'hôpital royal des enfants, à Londres). — Il est de la plus haute importance dans la thérapeutique infantile, de n'administrer les médicaments désagréables ou nauséeux, qu'après les avoir au préalable rendus savoureux. Telle drogue, prise à contre-cœur, fera plus de mal que de bien, qui eût été profitable administrée dans d'autres conditions. L'huile de ricin est du nombre. Il y a moyen de masquer sa saveur et son odeur, tout en lui conservant ses propriétés purgatives. MM. Allen et Hambury conseillent de la prendre dans trois ou quatre fois son volume de lait chaud. On évite ainsi la viscosité de l'huile, et l'émulsion qui résulte du mélange se rapproche beaucoup du lait très crémeux. Si on veut user d'un purgatif plus cholagogue, on recourra à la rhubarbe, administrée par les procédés suivants : on peut diviser une pilule de rhubarbe de 30, 25 centigrammes ou moins en particules, qu'on enrobera dans une crème au chocolat ; on peut encore faire granuler de petites pilules de 1 centigramme, qu'on prescrira au nombre de six dans quelques cuillerées de lait ou d'eau qui en faciliteront la déglutition. Les pastilles médicinales sont aussi recommandables, néanmoins on leur reproche, non sans raison, de coller à la bouche ou de s'arrêter dans la gorge du petit malade. Les poudres composées, savoureuses, dans la composition desquelles entre le séné, sont au moins aussi maniables. On en donne une grande cuillerée à café dans une tasse de lait chaud avec 10 à 20 gouttes d'éther chlorique, le soir, au moment de se mettre au lit.

La magnésie calcinée dans du sirop de mûres ou d'oranges, est généralement bien acceptée par tous les enfants.

La rhubarbe, associée au bi-carbonate de soude, à la dose de 30 centigrammes chacun, forme une poudre assez miscible, d'un usage commode. L'électuaire de séné, le sirop de séné dans une infusion de pruneaux, la limonade effervescente purgative, la poudre de Sedlitz avec un peu de jus de limon constituent d'agréables boissons purgatives.

L'amertume des préparations fébrifuges est difficile à masquer. Le nitrate de potasse granulé, l'acétate d'ammoniaque, le chloroforme, sont plutôt des médicaments savoureux. Les enfants plus âgés accepteront, sans trop de répugnance, les tablettes comprimées, dites de Wyeth.

On peut administrer la quinine sous forme de pilules, ou mieux, dissoute sans addition d'eau dans du sirop d'orange. (*Palatable drugs for Children. — The British Med. Jour.*, 9 juin 1883.)

La phthisie est-elle contagieuse et peut-elle être transmise par les substances alimentaires ? par Herbert C. Clapp (de l'Université de Boston). — La question est d'autant plus importante à élucider que, tant dans la pratique civile que dans la pratique militaire, il n'a été encore jusqu'ici pris aucune mesure préventive en cas de réponse affirmative. La croyance dans la nature non contagieuse de la maladie d'une part, la foi dans la fréquence de son origine héréditaire de l'autre ont pu contribuer à masquer à nos propres yeux la source principale de l'affection, que des observations poursuivies dans un esprit plus libéral nous feront mieux entrevoir. L'éminent et scrupuleux observateur Bowditch admet la nature contagieuse de la tuberculose ; de son côté, le professeur Da Costa écrit : « J'ai observé un grand nombre de faits susceptibles de mettre en lumière le caractère infectieux de la phthisie », et il en cite quelques-uns à l'appui de son opinion. Holden rappelle à combien de discussions la nature contagieuse de l'érysipèle a donné lieu avant d'être généralement admise. Clapp, Hermann Weber, ont relaté des observations frappantes de phthisie contagieuse ; la suivante rapportée par Mac-Dowell est des plus intéressantes, et, vu sa brièveté, facile à consigner ici : « J'ai connu un homme qui, bien que présentant tous les attributs de la diathèse tuberculeuse, fut agréé par une jeune fille de 18 ans qui jouissait jusque-là d'une bonne santé. Trois ans après elle mourait tuberculeuse. Au bout d'un an et demi, notre homme épousa en secondes noces une femme de la plus robuste santé, issue d'une famille franche de toute tare organique. Moins de deux ans après, elle succombait à la phthisie pulmonaire. Pour la troisième fois notre veuf épousa une femme de bonne santé. Un an après son troisième mariage, il meurt phthisique, et sa veuve ne tarde pas (six mois après) à être emportée par la même affection.

Les exemples abondent, et les conclusions suivantes en découlent naturellement :

1° Tout individu jeune doit éviter de faire lit commun ou même de cohabiter avec un phthisique.

2° Il faut établir une ventilation de la chambre aussi complète que possible.

3° L'expectoration des tuberculeux doit être soigneusement désinfectée. (*Is consumption contagious, and can it be transmitted by means of food,* by Herbert Clapp. — Boston, 2° édition and *Brit. Med. Journ., june* 83.) — L. Dn.

CORRESPONDANCE

Voici une lettre aussi honorable pour son auteur que pour nos estimés confrères du Havre, puisqu'elle témoigne de leur dévouement et de leur solidarité pour combattre les prétentions exorbitantes des administrations à leur égard. Elle démontre une fois de plus l'utilité pour le corps médical de faire ses affaires lui-même, et de compter sur sa propre initiative pour réaliser des réformes professionnelles dont l'urgence est incontestable.

En ouvrant volontiers ses colonnes à la communication de M. Roger, comme à toutes celles qui auront le même but et le même esprit, l'*Union Médicale* montre donc bien que le scepticisme dont on l'accuse vis-à-vis des Syndicats est mitigé. Il ne va pas jusqu'au parti pris et encore moins jusqu'à l'hostilité.

Tout en partageant la satisfaction de notre distingué correspondant, nous regrettons que la solution si heureusement intervenue au Havre ne soit pas générale. La question des rapports des médecins avec les Compagnies d'assurances est donc toujours ouverte. Pour notre part, nous serions heureux de voir l'entente s'établir sur elle, comme elle

vient de se faire entre les membres du corps médical havrais, où nulle défection n'a été constatée, malgré les sollicitations des Compagnies. Que n'en est-il de même ailleurs !

C. E.

15 août 1883.

Très honoré confrère,

Je prends connaissance d'un article dans le numéro du mardi 14 août : « Médecins et Compagnies d'assurances contre les accidents. »

L'*Union Médicale* reste un peu sceptique vis-à-vis des Syndicats médicaux; je crois qu'elle a tort. Voici un fait très instructif.

Nous avons au Havre un Syndicat médical très solidement constitué.

Or, voici : je suis médecin d'une Compagnie d'assurances contre les accidents. Deux cas se présentent. Je touchais 5 francs pour les deux certificats, mais sans soins à donner.

Je touchais, d'autre part, 7 francs, et j'avais à soigner les blessés. Mais tout accident grave qui demandait une opération chirurgicale : fracture, lésion artérielle, pansement de brûlures graves, etc., était réservé et payé à part.

Nous avons porté à notre réunion syndicale l'étude de cette question.

Il a été voté :

1° Qu'à l'avenir toute nouvelle Compagnie qui viendrait se fonder au Havre donnerait 10 francs pour les deux certificats;

2° Que toute visite ou consultation serait payée à part, lorsque les soins doivent être donnés par les médecins des Compagnies, et ce au tarif de la classe la plus favorisée, — soit 2 francs;

3° Que tous soins spéciaux seraient payés à part, laissant à chaque médecin le soin de s'entendre avec sa Compagnie.

Et ce pour toute Compagnie nouvelle, laissant toutefois les médecins libres de traiter avec leur ancienne Compagnie, suivant les satisfactions qu'elle leur donne.

De cette base, je suis parti pour demander à ma Compagnie 6 francs pour les deux certificats et 2 francs par conseil ou consultation s'il y a soins à donner, plus des honoraires laissés à ma discrétion pour les cas particuliers. Ainsi ai-je obtenu en plus 50 francs pour fracture de clavicule.

Eh bien, mon cher confrère, je suis convaincu que, sans le Syndicat, je n'eusse rien obtenu; car j'ai dit à l'inspecteur dans quelle situation déontologique nous étions au Havre, et il lui a bien fallu s'exécuter.

Une administration importante de notre ville a dû élever de 600 francs à 1,000 les honoraires d'un confrère, parce que, malgré des demandes, elle a trouvé partout porte close, et nous l'avons forcée à redemander le médecin qui s'était retiré pour traitement insuffisant. Elle en avait pris un autre qui, sur la demande du président du Syndicat, avait remis sa démission.

Il n'est pas bon à l'homme de vivre seul : l'individualisme est notre pire ennemi. Ce que notre société moderne souffre de cela est effrayant. Sans association, pas de forces sociales vivantes et prospères, plus de vraie fraternité, c'est là concurrence effrénée, la lutte pour la vie; c'est le désordre; constituez de fortes associations, et vous verrez s'élever l'esprit de confraternité, parce que, là, il y a une puissance dont les effets sont indiscutables.

Nous possédons dans les Syndicats cette puissance; mais il faut, pour qu'elle donne tous ses fruits, une grande loyauté professionnelle.

Agréez, etc. Dr J. Roger.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Séance du 17 août 1883.

La section des sciences médicales est un peu moins animée que les années précédentes. C'est qu'il a été créé cette année, à titre d'essai, une sous-section d'hygiène, ce qui a retiré à notre assemblée un certain nombre de ses membres habituels, M. Rochard, par exemple. Néanmoins, le programme des médecins purs n'en reste pas moins très chargé, et les secrétaires supputent avec une sorte de terreur qu'il faudra, comme chaque année, faire un certain nombre de séances supplémentaires l'après-midi pour épuiser les ordres du jour de la matinée. Autant de pris sur les récréations que nous promet Rouen, visites dans les musées, aux anciens monuments qui fourmillent ici, aux hôpitaux, etc.

Nous avons la bonne fortune de tenir nos séances dans un amphithéâtre destiné à la physique, neuf, que nous inaugurons même, et où l'espace et la lumière ne font pas défaut.

— Un de nos fidèles, M. Pineau, d'Oléron, ouvre la séance en communiquant un nouveau fait d'importation d'une épidémie de fièvre typhoïde dans cette île. Un malade y fut transporté, et bientôt après l'épidémie se répandait en différents points. Comme dans celle d'Auxerre, dont M. Dionis des Carrières a rapporté l'histoire, l'extension de celle-ci paraît avoir tenu surtout à la nature principale du sol, formé d'une couche d'argile bleue imperméable recouverte d'une mince couche de terre végétale ou de roches. Les eaux pluviales entraînent avec elles tous les détritus animaux et les matières fécales, traversent la couche superficielle et s'arrêtent à la couche profonde, où elles fermentent et produisent les germes qui servent bientôt à la diffusion de la maladie.

M. Pineau demande, comme traitement prophylactique, qu'on désinfecte les malades et leurs effets à leur arrivée dans l'île, qu'on s'oppose à leur transport et à leur libre circulation, et que l'Association française use de son influence pour obtenir ce résultat.

— M. Picqué a observé récemment chez un blessé atteint d'une fracture du péroné sans plaie, la suppuration du foyer de la fracture à la suite d'un érysipèle de la face parti d'une écorchure insignifiante. A l'autopsie, outre les lésions de la fracture, on trouve une cirrhose atrophique du foie. M. Picqué pense qu'il faut attribuer à la cirrhose du foie l'apparition de l'érysipèle et à celui-ci l'inflammation qui s'est emparée du foyer de la fracture, opinion que partage M. Verneuil.

M. Duménil (de Rouen) cite un fait analogue. Il s'agit d'un blessé atteint d'une lésion grave qui engendra la septicémie, et d'une fracture de côtes sans plaie, qui suppura sous l'influence de la septicémie, par suite d'une sorte d'auto-inoculation des produits septiques contenus dans le sang au foyer de la fracture de côtes, comme le pense M. Verneuil.

— M. Duplouy a extirpé chez une femme de 32 ans un volumineux enchondrome ayant son point d'implantation au niveau de l'empreinte deltoïdienne de l'humérus. La tumeur, datant de 10 ans, et dont la marche avait été surtout rapide depuis deux ans, avait le volume d'une tête d'adulte. On tenta l'ablation de la tumeur parce que les mouvements de l'articulation de l'épaule étaient libres, que l'implantation paraissait limitée à une petite étendue de l'os, et que la malade se refusait à subir la désarticulation. L'opération fut longue et l'aborieuse ; on alla à la recherche du point d'implantation en coupant la tumeur couche par couche, puis en l'attaquant avec la gouge et le marteau; on enleva les parties malades jusqu'à ce qu'il ne restât plus que l'os sain; on n'entra pas dans la cavité médullaire de l'os ; les muscles étaient respectés, et on put conserver assez de peau pour réunir la plaie par la suture. Perte de sang minime, quelques vaisseaux forcipressurés. Malgré un érysipèle survenu au 3e jour et qui envahit le dos et l'autre bras, mais s'accompagna d'une fièvre modérée, la guérison était assurée un mois plus tard.

L'avenir montrera si cette guérison est durable, et si la conservation du membre vaut mieux que l'opération radicale dans le traitement de l'enchondrome considéré par beaucoup comme une tumeur bénigne.

— M. Deshayes rapporte un cas intéressant de zona de la bouche limité aux régions innervées par le nerf lingual et le nerf dentaire inférieur, branche du maxillaire inférieur. Les amygdales, le plancher de la bouche, la langue, les gencives, les incisives, les canines et les molaires, la lèvre inférieure et une partie de la peau du menton, furent le siège de douleurs, suivies bientôt d'éruption aux parties molles.

Quant aux dents, elles sont encore aujourd'hui, un an après la maladie, absolument exemptes d'érosion. Pas de troubles particuliers dans la fonction du goût.

La seule cause probable de l'affection, dans ce cas, fut le froid humide et peut-être la fatigue; le malade était un peu nerveux, mais il est exempt de toute diathèse. L'intérêt de cette observation réside surtout dans ce fait que le zona peut affecter plusieurs branches d'un même tronc nerveux à l'exclusion des autres.

— Notre excellent collaborateur et ami, M. Huchard, captive l'attention en lisant un travail très bien fait, sur la congestion pulmonaire et l'hémoptysie d'origine arthritique, dont l'existence, niée par beaucoup d'auteurs, lui semble absolument démontrée. Nous n'en dirons rien ici, puisque le travail *in extenso* a été publié dans notre numéro du mardi 28 août.

— M. Gallard, voulant aborder la discussion physiologique de la menstruation, commence par tracer rapidement l'historique de la question et arrive à Négrier, qui a trouvé

le premier que l'ovulation accompagnait toujours la menstruation; quand l'une apparaît, l'autre se manifeste avec elle; quand la vie sexuelle de la femme disparaît, la menstruation cesse, donc l'une est la conséquence de l'autre.

On a d'abord contesté à Négrier la priorité de la découverte, puis, quand les textes sur lesquels on voulait s'appuyer ont été réfutés, on a contesté la réalité du fait, et on a dit qu'il n'y avait pas de corrélation nécessaire entre les deux actes. Car, disait-on, la menstruation peut exister chez des femmes qui n'ont pas d'ovaires. M. Gallard répond que jamais l'écoulement régulier qui constitue la menstruation n'a été observé chez ces femmes, qu'elles soient privées d'ovaires soit congénitalement, soit à la suite d'une ovariotomie. Dans ce dernier cas, ou l'écoulement n'avait rien de périodique, ou tout l'ovaire n'avait pas été enlevé, comme on en a cité des exemples.

M. Duplouy a vu cependant, chez une femme à laquelle il a enlevé les deux ovaires, la menstruation conserver absolument les mêmes caractères qu'avant l'opération. Il en croit pas avoir laissé un seul vestige d'ovaire. Si des faits analogues étaient de nouveau observés, il faudrait bien cependant les expliquer autrement que ne le voudrait M. Gallard.

— M. Launois, au nom de M. le docteur Galliard, de Paris, lit une note sur la tétanie d'origine gastrique, affection dont on ne connaît encore que peu de cas. La dilatation et l'ulcère simple, en particulier, peuvent amener les convulsions et les autres symptômes de la tétanie, comme M. Galliard en rapporte des exemples.

L.-H. PETIT.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 17 au 23 août 1883. — — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,051. — Fièvre typhoïde, 49. — Variole, 4. — Rougeole, 20. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 19. — Diphthérie, croup, 28. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 36. — Phthisie pulmonaire, 183. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 79. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 51. — Bronchites aiguës, 25. — Pneumonie, 38. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 90; au sein et mixte, 49; — inconnues, 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 109; circulatoire, 58; respiratoire, 58; digestif, 59; génito-urinaire, 21; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulat. et muscles, 2. — Morts violentes, 40. — Causes non classées, 4.

RÉSUMÉ DE LA 34e SEMAINE. — Il a été notifié au service de la statistique municipale, du 17 au 23 août, 1,051 décès. Ce chiffre dépasse notablement celui de la période précédente, 977, et la moyenne des quatre dernières semaines, 981.

Cet accroissement de la mortalité est dû notamment : à la Fèvre typhoïde (49 décès au lieu de 38, 37 et 30); à la Phthisie pulmonaire (183 au lieu de 161); aux maladies de l'appareil cérébro-spinal (109 au lieu de 79).

La situation hebdomadaire des hôpitaux, du 13 au 19 août, est meilleure que celle de la période précédente en ce qui concerne la Fièvre typhoïde (95 admissions au lieu de 147) et la Variole (21 au lieu de 12).

Le chiffre de la natalité s'est d'ailleurs accru en même temps que celui de la mortalité. 1,319 naissances vivantes ont été notifiées au service de la statistique, 951 légitimes, 368 illégitimes.

Dr Jacques BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

CONGRÈS INTERNATIONAL DES MÉDECINS DES COLONIES, à Amsterdam, du 6 au 8 septembre 1883. — *Séance d'ouverture :* Jeudi 6 septembre, à midi, dans l'amphithéâtre de Félix Meritis, Keizersgracht, 324 (les dames sont admises).

Ouverture de la séance. — Rapport du Secrétaire général sur l'organisation du Congrès. — Nomination du bureau définitif. — Discours de M. le professeur Stokvis, président du Comité d'organisation.

Assemblées générales. — Jeudi 6 septembre, 3 heures : Hygiène des professions, cultures et métiers insalubres dans les colonies.

Vendredi 7 septembre, 2 heures : Les quarantaines.

Samedi 8 septembre : 3 heures : Education spéciale des médecins des colonies.

SÉANCES DES SECTIONS. — Ire SECTION (climatologie, géographie médicale, pathologie générale, etc.)

Vendredi 6 et samedi 7 septembre, à 9 heures 1/2 du matin, dans l'Auditoire au premier. Des modifications que subissent certaines maladies, et en particulier les maladies infectieuses, sous l'influence des climats tropicaux. — Rapports : Docteur Walther, inspecteur du service médical de la marine française à Paris, et docteur Norman Chevers, ancien professeur de médecine à Calcutta, Londres.

Communications : Docteur Bonnafont, Paris : Pourquoi les fièvres dites pernicieuses offrent plus de danger dans un climat tropical que dans un climat modéré. — Docteur Catrin, d'Alger : Modifications apportées à la syphilis dans les pays chauds. — De la phthisie dans les colonies et les climats tropicaux. — Rapport : Docteur B. Carsten, inspecteur adjoint du service médical à la Haye.

Communications en dehors du programme. Docteur Bonnafont : Sur le drainage du sol par l'eucalyptus, etc. — Docteur W. C. Gori, professeur agrégé à l'Université d'Amsterdam : Sur le transport des malades et blessés par les voies ferrées dans les pays tropicaux. — Docteur Chs. Landré, à Bruxelles : Sur la contagion de la lèpre. — Docteur Rutgers von der Loeff, médecin de 1re classe de la marine néerlandaise : La nature et le traitement des maladies vénériennes dans les climats tropicaux. — Docteur van der Heyde, chef de l'hôpital et de l'Ecole médicale à Kobé (Japon) : Sur le rôle des microbes.

IIe SECTION (pathologie et thérapeutique spéciales).

Vendredi 6 et samedi 7 septembre, à 9 heures 1/2 du matin, dans l'Auditoire, au second : Du traitement des maladies exotiques et tropicales dans les climats modérés. — Rapports : Sir Joseph Fayrer, M. D. Surgeon-general, médecin au ministère d'Etat pour les Indes, etc., à Londres. — Docteur Joseph Eward, Deputy Surgeon-general, etc., à Londres. — Docteur A. Le Roy de Méricourt, médecin en chef de la marine française, etc., à Paris. — Docteur A. Corre, médecin de 1re classe de la marine française, professeur à l'Ecole de médecine navale à Brest.

Communication : Docteur Jac. Baart de la Faille, à Leeuwarde.

Communications en dehors du programme : Docteur F. A. Eklund, médecin de 1re classe de la marine royale suédoise, à Stockholm : Du diabète sucré. — Docteur E. Waring (late of the Madras medical service), à Londres : Sur quelques médicaments indigènes des pays tropicaux. — Docteur B. Scheube, professeur agrégé à l'Université de Leipzig : Sur le béri-béri. — Docteur J. B. Scriven, Brigade-surgeon, à Londres : Du traitement des fièvres de malaria par les injections sous-cutanées de quinine. — Docteur Schuster, à Aix-la-Chapelle : Sur l'élimination du mercure introduit dans le corps par la peau.

Renseignements. — Le Comité prie instamment les membres qui ont l'intention d'assister au Congrès d'envoyer dans le plus bref délai (en tous cas avant le 27 août), au Secrétaire général, leur cotisatisation (10 florins), afin que leur diplôme leur soit envoyé aussitôt que possible.

Avec leur diplôme les membres auront le droit de faire le voyage en Hollande, aller et retour à Amsterdam, en prenant un billet de trajet simple; ce billet sera valable du 5 au 10 septembre inclusivement. Les membres venant de la Belgique ou de la France devront prendre ce billet à Roosendaal; ceux venant de l'Angleterre à Flessingue; ceux venant de l'Allemagne à Salzbergen ou à Emmerich. Le Comité fait observer cependant que, durant l'Exposition, on peut se procurer à l'étranger des billets de retour à prix réduit pour Amsterdam, et que, pour certains membres, ces billets pourraient offrir plus d'avantage.

Quant aux membres rédacteurs de journaux ou recueils médicaux, le Comité espère pouvoir leur envoyer avec leur diplôme une carte de journaliste, qui leur donnera libre parcours sur les chemins de fer néerlandais.

MM. les membres du Congrès sont priés de s'adresser, à leur arrivée à Amsterdam, au bureau de renseignements, installé dans le local Félix Meritis, Keizersgracht, 324, où ils trouveront tous les renseignements relatifs à l'organisation du Congrès.

La distribution des cartes aura lieu dans le local Félix Meritis, mercredi 5 septembre, de 10 à 5 heures, et jeudi, de 10 à 3 heures.

Sur la présentation de leur diplôme, les membres jouiront de l'entrée gratuite à l'Exposition, et dans les Société suivantes : *Zeemanshoop* (Dam); *Hereeniging* (Vondelstraat, 11); *Leesmuseum* (Société de lecture, Rokin, 102); *Arti et Amicitia* (Rokin, 112).

MM. les membres trouveront dans le local de Félix Meritis une salle de lecture où ils

pourront faire leur correspondance. Ils sont priés de se faire adresser leurs lettres à Félix Meritis : « Congrès international des médecins des colonies. »

Pour le Comité d'organisation :

Professeur STOKVIS, président.
Docteur von LEENT, secrétaire général.

Amsterdam, 15 août 1883.

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE LA GALE.

Soufre sublimé	10	grammes.
Baume du Pérou	10	—
Cérat	100	—

F. s. a. une pommade, avec laquelle on frictionne les enfants atteints de la gale, ou les adultes dont la peau est délicate et la gale peu étendue. — Bain savonneux après la friction. — N. G.

COURRIER

NÉCROLOGIE. — M. le docteur Carret, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Chambéry, médecin des épidémies, médecin du Lycée, chevalier de la Légion d'honneur et de l'ordre des SS. Maurice et Lazare, etc., est mort il y a quelques jours d'un ramollissement du cerveau, à l'âge de 69 ans.

Il laisse deux neveux médecins : le docteur Jules Carret, récemment nommé député de la 1re circonscription de Chambéry, et le docteur François Carret, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de cette même ville.

— M. le docteur E. Combes vient de mourir d'une bronchite chronique à l'âge de 74 ans. Le docteur E. Combes, originaire de Toulouse, avait été un écrivain très humoristique qui, sous le pseudonyme de Frank de Sombeck, avait publié sur la médecine des villes et des campagnes un livre que l'on a souvent comparé à celui du docteur Munaret.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Paul Drouineau, chirurgien en chef honoraire des hospices civils de La Rochelle, décédé le 21 août, à l'âge de 84 ans.

ORPHELINATS AGRICOLES. — L'assistance publique se propose de fonder en Algérie une ou plusieurs colonies agricoles où pourraient être avantageusement placés les enfants moralement abandonnés recueillis chaque jour par l'administration.

Une commission spéciale a été désignée par le conseil général de la Seine pour étudier cette intéressante question.

Cette commission s'embarquera le 1er septembre prochain pour l'Algérie afin d'aller examiner les divers emplacements proposés pour la création des orphelinats agricoles.

Un crédit de 10,000 francs a été mis à la disposition de la commission pour couvrir les frais de ce voyage.

PERSONNEL DES MÉDECINS DE L'ÉTAT-CIVIL. — Par arrêté préfectoral du 17 août 1883, M. le docteur Pillenet (Henri-Marie-Louis), médecin du Bureau de bienfaisance, est nommé médecin de l'état civil du Xe arrondissement et chargé de la première cir conscription, en remplacement de M. le docteur Brulfert, démissionnaire.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

BULLETIN

Le choléra considéré comme une maladie du système nerveux, tel est le titre alléchant d'un curieux article envoyé au *Journal de médecine de Paris* par le docteur John Chapmann, membre du Collège royal de médecine de Londres.

La circulaire du *Foreign Office* nous avait étonnés par l'audace de la thèse qu'elle prétendait soutenir. Il ne lui manquait que d'être défendue et corroborée par les arguments du docteur Chapmann.

Rien à dire sur les premières pages. Pendant l'automne de 1865, le choléra fit son apparition à Southampton. Notre confrère se transporta dans cette ville, et dans l'espace d'une semaine il soigna 7 cholériques. Son traitement consiste à chauffer toute la surface du corps pendant qu'on applique de la glace le long de l'épine. Il paraît certain que cette méthode « arrête les crampes, les vomissements et les évacuations ; elle réchauffe le malade et prolonge la vie ». Nous voulons le croire, car le fait n'est pas impossible, et l'auteur cite le témoignage de plusieurs médecins qui l'affirment. Nous lui ferons néanmoins une critique de détail.

Notre confrère, ayant vu 7 malades, en perdit 2, tandis que d'autres médecins, en ayant vu 50, en perdirent 31. Conclusion de l'auteur : la thérapeutique Chapmann donne une mortalité de 28 p. 100, les autres méthodes 62 p. 100. Cela veut dire que 2 est à 7 comme 28 est à 100; mais cela veut-il dire autre chose? O prodiges de la statistique! Nous comprenons encore, après un millier de faits, qu'on les réduise en une formule; mais opérer de même après avoir vu 7 cas, n'est-ce pas merveilleux? Deux morts ne sont pas 28 morts, un chiffre abstrait n'est pas une valeur clinique. Si le nombre

FEUILLETON

Les Aveugles au Japon (1).

Naguère encore les aveugles étaient des gens relativement heureux dans l'empire du Japon. Plus nombreux que dans nos contrées d'Occident, où, déshérités et abandonnés, ils jouent par trop souvent le rôle de Jérôme Paturot dans notre civilisation, ils possédaient, dit-on, là-bas des grades, de gros priviléges, une puissante hiérarchie ; en un mot le droit à la fortune et aux honneurs.

D'où leur venaient ces avantages ? Du monopole légal de se faire des rentes, en exploitant la passion de leurs compatriotes pour le massage et l'acupuncture. Ces opérations, en grande vogue parmi les Japonais, étaient, d'après le docteur Norhton Whitmer, une source de très lucratifs profits pour les aveugles. D'ailleurs, le massage des Japonais n'est pas, paraît-il, ce que pensent les masseurs d'Europe et d'Amérique. Il consiste en larges et longues frictions sur les diverses régions du corps, en manipulations énergiques, dans le pétrissage des muscles superficiels et dans une gymnastique méthodique des articulations. Un citoyen de Khio, d'Yeddo ou de toute autre cité du Japon, est-il fatigué par un violent exercice musculaire ? Est-il harassé d'une longue course ? Ce n'est pas dans un repos immédiat qu'il cherchera le soulagement de ses fatigues, comme le font habituellement les citadins de Paris, de Londres ou de Berlin. Il ne se soumet pas à la

(1) *Philadelphia med. Times*, 7 avril 1883.

100 représente, à la rigueur, un commencement de statistique, le nombre 7 ne représente rien du tout. Quand on a traité 7 malades en huit jours, on n'a pas les mêmes éléments qu'après une observation prolongée.

Nous pourrions continuer longtemps, si nous tenions à démontrer que 2 pour 7 n'est pas l'équivalent clinique de 28 pour 100. Mais, encore une fois, nous passons condamnation, et nous tenons pour excellente la médication Chapmann. Ce qui nous a frappé de stupeur, c'est la déduction qu'il en tire sur la pathogénie du choléra, et la façon dont il applique le principe *naturam morborum ostendunt curationes.* Si, dit-il, un agent purement dynamique produit de si bons effets, n'est-il pas évident que la maladie elle-même est purement dynamique, et n'a rien de commun avec les empoisonnements?

Que vont dire maintenant les partisans de la méthode de Brand, qui, magré les succès de la réfrigération, considéraient encore la fièvre typhoïde comme une maladie infectieuse? Que vont dire les chirurgiens, qui, n'ayant aucun spécifique pour lutter contre la septicémie, croyaient soutenir les forces de leurs malades et remonter leur système nerveux par l'usage de l'alcool? Que vont devenir dynamophores et antidéperditeurs, moyens détournés qui nous défendaient encore contre les virus, aujourd'hui convaincus d'impuissance par la logique de M. Chapmann?

Si nous perdons ainsi de précieux moyens d'action, nous savons du moins que le choléra est une « perturbation dynamique du système nerveux » qui reconnaît surtout « des causes thermales et probablement aussi électriques ». A la bonne heure! Nous perdions notre temps à nous demander pourquoi le fléau s'étendait, comme une tache d'huile, de Bombay en Egypte et d'Alexandrie en Europe; comment des épidémies surgissaient à la fois sur des points du globe si éloignés, de climats si différents et de températures si variées, bien que chacune d'elles naquit évidemment sur place; nous doutions un peu de la spontanéité morbide mise en lumière par de telles coïncidences; nous avions pensé un instant que la contagion pouvait y avoir une certaine part, et que les Anglais n'avaient pas absolument tort de désinfecter leurs ballots. Aujourd'hui, tout s'explique par l'électricité. Les savants, dans ces dernières années, ont trop remué cette branche de la science; ils ont déchaîné sur nous une perturbation dyna-

---

douche, ne fréquente aucun hammam, et, dans de telles circonstances ne se livre pas à la natation en piscine ou en pleine eau. Il appelle un amna, c'est-à-dire un aveugle.

L'amna inoccupé, se promène en effet dans les rues et sur les places publiques. Un long stick à la main, il attend le client, le sollicite au besoin par le bruit d'un sifflet strident, ou en criant à pleins poumons le prix d'un schampoing, c'est-à-dire d'un massage complet.

D'ailleurs, cette pratique n'avait pas seulement pour but l'assouplissement des membres fatigués ; dans la médecine indigène on l'employait quotidiennement contre les paralysies, l'ataxie locomotrice, le lumbago, les migraines et les affaiblissements musculaires des convalescents. L'hystérie elle-même en était justiciable ; et, au témoignage d'un ancien Kagowa enthousiaste, assurément, le massage était l'art régulateur du corps !

Dans les accouchements, et surtout dans les accouchements laborieux, on l'employait souvent ; pratique qui, n'en déplaise aux plus admirateurs des japonistes japonisants, n'est pas sans analogie avec les frictions abdominales pendant le travail si en honneur chez les peuplades primitives indiennes, dans quelques provinces du Céleste-Empire et voire même entre la Méditerranée et l'Atlantique parmi les anciennes accoucheuses de plusieurs provinces de France.

Ce n'était pas le seul usage obstétrical du massage, et après la délivrance l'amna avait l'habitude de pétrir la poitrine de la Japonaise dans le but « de ramollir les seins ».

Les aveugles monopolisaient aussi une autre industrie, celle de l'acupuncture, alors fort populaire. La pratique de l'acupuncture n'était pas, croyez-le bien, un art banal et

mique qui, des bords du Gange aux bords de la Seine, envahit tous les systèmes nerveux. Ce n'est pas par les navires que le fléau nous arrive, c'est par le télégraphe; et nous comprenons maintenant qu'une administration tutélaire, résistant aux imprudentes sollicitations de l'industrie française, ait tenu jusqu'ici à laisser aux Anglais l'effrayante responsabilité de poser des câbles sous-marins.

Donc, on n'a jamais prouvé l'existence du « poison cholérique »; les « germes cholériques » sont de pures hypothèses « qui n'existent que dans l'imagination de certains pathologistes »; « le choléra n'est ni infectant ni contagieux, il ne voyage pas de pays en pays; il se produit *de novo* là où se rencontrent certaines conditions déterminantes ». Chose curieuse, dans un foyer d'épidémie « les émanations impures ou malsaines provenant des cholériques, peuvent agir comme causes excitantes de la maladie ». Il faut donc que ces émanations viennent du système nerveux et soient électriques; autrement, nous ne voyons pas comment elles agiraient, si ce n'est par infection.

Enfin, les règlements internationaux se servent à rien, « la futile et injustifiable loi de quarantaine » accélère, au lieu de l'enrayer, la marche du choléra. *In caudâ venenum;* c'est là que M. Chapmann voulait nous mener; pour frapper ce grand coup il accumulait tant de sophismes, et ne craignait par d'appeler le choléra une maladie essentielle « de la moelle épinière et du système nerveux sympathique », parce qu'il s'accompagne de cyanose et d'algidité.

Suivons un instant l'exemple de M. Chapmann. Une atteinte profonde est portée aux fonctions nerveuses dans les grandes attritions des membres (choc traumatique), dans les constrictions intestinales (choléra herniaire), dans l'empoisonnement par la strychnine. Ce sont là des maladies essentielles du système nerveux; mais les fractures comminutives n'ont jamais été démontrées, la hernie étranglée est une hypothèse, et la strychnine n'existe que dans l'imagination de quelques chimistes. — L.-G. R.

---

abandonné à l'empirisme. Loin de là. Il avait ses règles, et ceux qui s'y livraient subissaient des examens. A coup sûr, leurs diplômes, — car diplômes ils possédaient, — valaient bien les grades *in absentia* de quelques Facultés trop fameuses. On exigeait du postulant un examen d'anatomie et une habileté manuelle qui n'était pas inférieure à celle de certains apprentis des antiques confréries de Saint-Côme ou de Saint-Damien. Il fallait, en effet, connaître la myologie, la topographie et les connexions des muscles superficiels, les indications pathologiques de l'acupuncture, savoir habilement et sans hésitation découvrir le siège de la douleur.

Cependant, si cette profession donnait à l'amna la célébrité, elle n'était pas parfois tout à son honneur. Trop souvent, en effet, ils contagionnaient les malades d'affections de la peau dont ils étaient porteurs. Plus d'un Japonais a contracté la gale des acares dont le masseur était le support! Petits inconvénients, sans doute, dans ce singulier pays où, membre d'une caste privilégiée, l'amna partageait avec les devins, les prêtres et les docteurs, l'insigne honneur de vêtir la longue robe.

Des titres auxquels ils avaient accès, après examens et consignations de cinq cents francs, le plus modeste était le *shibun*, dont le moindre avantage était celui de porter deux épées tout comme les militaires, de se servir du stick blanc à boule de bois, et dans les cérémonies de s'habiller d'un costume d'apparat.

Un grade plus élevé était celui de maître de musique, ou ko-to. Voyez la prévoyance du législateur : il avait prévu que, dans les loisirs de la profession de masseur, le shibun aurait tout le temps de s'exercer aux arts d'agrément. La dignité de ko-to n'était d'ailleurs qu'un échelon dans cette hiérarchie des hommes titrés. Payait-il cinq mille francs, et donnait-il les preuves de science en harmonie, le ko-to était promu hen-jo,

ÉTUDES DE CLINIQUE MÉDICALE

Hémoptysies et Congestions pulmonaires arthritiques (1),

Par Henri Huchard, médecin de l'hôpital Tenon.

Mais il s'agit d'individus jeunes, c'est même une des raisons pour lesquelles je n'insiste pas sur ces derniers faits, et je veux encore attendre avant de chercher, en m'appuyant sur eux, à entraîner la conviction à cet égard. Pour moi, cependant, ces hémoptysies sont d'origine arthritique, et je suis à peu près convaincu que l'avenir me donnera raison, comme le passé a pu confirmer le diagnostic favorable des trois premières observations d'hémoptysies. J'en ai pour preuves : leur mode d'apparition brusque pendant la nuit le plus souvent, de disparition rapide, leur fréquence même, en dehors de toute manifestation réellement néoplasique, leur abondance, la conservation du bon état général, la production de congestions mobiles, fugaces, se montrant tantôt dans un point, tantôt dans une autre partie de la poitrine, et enfin l'existence chez les malades ou les ascendants d'accidents diathésiques indiscutables.

Sans doute, on serait peut-être en droit de dire avec Pidoux que « l'hémoptysie peut juger dans la jeunesse une tuberculose à l'état naissant et épuiser pour ainsi dire cette grave disposition. » Mais c'est une simple vue de l'esprit qu'aucune preuve certaine n'a pu encore établir.

On peut aussi arguer que les hémoptysies sont souvent en raison inverse des symptômes locaux, qu'il y a en un mot beaucoup de tubercules avec peu d'hémoptysies et au contraire beaucoup d'hémoptysies pour peu de tubercules. On peut encore ajouter ce fait connu de tous, à savoir que les tuberculoses arthritiques sont fécondes en hémoptysies et que l'arthritisme, comme on l'a dit justement, trouve dans son antagonisme avec la tuberculose, les moyens de limiter une affection tuberculeuse commençante et d'en cacher les signes physiques, témoin le fait cité dans la thèse d'un de mes anciens internes, du docteur Latil et relatif à un malade qui eut, à 25 ans, une hémoptysie, puis une autre à 38 ans et qui présentait, seulement à

(1) Suite. — Voir le numéro du 28 août.

---

recevait de nouveaux honneurs et entrait dans la classe des gens illustres. Il ne lui aurait plus manqué qu'un Plutarque pour écrire sa vie, qu'un Homère pour chanter ses exploits et lui assurer le privilège de l'immortalité.

Ainsi, raconte M. Whitmer, un certain Kanava-Kenyia, fameux mathématicien, grand bibliophile, était un amna célèbre dans l'histoire japonaise. Doué d'une prodigieuse mémoire, il donnait le titre, la page, le nom de l'auteur à quiconque lui lisait une seule phrase dans l'un des livres de son immense bibliothèque. Aveugle il était, et cependant il reconnaissait les noms, la forme et la signification des caractères de l'alphabet chinois ; enfin, merveille plus grande encore pour ses admirateurs et ses contemporains, il était écrivain de haute allure ! Celui-là avait le grade de so-rohu ; or, très rares étaient les so-rohu. Dans tout l'empire du Japon il n'en existait que deux ; habitant chacun l'une des capitales, ayant le privilège de juger les gradués, de commander à toute la hiérarchie des aveugles, de disposer des titres et de conférer grades ou honneurs !

Le plus lucratif des privilèges de l'amna consistait à réclamer un présent à la naissance, au mariage et à chaque événement de famille. La valeur de ce don variait entre 10 et 15 sous, somme faible pour nous autres Occidentaux, mais alors de valeur dans l'extrême-Orient. Il est vrai que ce privilège avait ses limites. De par la loi, un amna ne pouvait jamais demeurer plus de trois jours dans la même localité. Le délai expiré, il lui fallait, sorte de Juif-Errant, quitter la ville ou le village et laisser place aux autres aveugles. Enfin, il faisait l'usure et jamais, dit-on, l'argent qu'il prêtait n'était perdu, ses concitoyens le protégeant au besoin contre les pertes. Était-il shibun, l'amna se mariait, mais ne devait pas choisir une femme aveugle. Enfin, des Sociétés de protection entre

66 ans, des lésions peu accentuées au sommet droit. Je ne vois rien là qui infirme la thèse que je soutiens; je suis loin de nier — ce qui serait une hérésie — la réunion possible de la tuberculose et de l'arthritis qui est plus souvent un mariage de convenance ou d'occasion qu'un mariage d'inclination, la réalité de la tuberculose arthritique, avec sa physionomie spéciale, ses allures accidentées, ses tendances à la guérison, le désaccord des signes locaux comparé à la violence souvent tumultueuse des phénomènes réactionnels, avec ses poussées aiguës et ses longues périodes d'accalmie... Mais je crois, en m'appuyant surtout sur les trois premières observations que j'ai rapportées que les hémorrhagies broncho-pulmonaires peuvent être une manifestation de l'arthritisme, *en l'absence de toute tuberculose.* Le fait de M. Latil et de bien d'autres auteurs que je pourrais rapporter, ne prouverait peut-être qu'une seule chose, c'est que, contrairement à l'opinion commune, les hémoptysies peuvent avoir sur un terrain déjà préparé, une véritable influence tuberculisante.

On me dira encore que ces hémoptysies sont souvent sous la dépendance des hémorrhoïdes si fréquentes chez les arthritiques, et que la plupart du temps elles remplacent, à titre d'hémorrhagies dérivatives, une poussée fluxionnaire absente. Cette interprétation n'est pas admissible pour mes observations où la présence de cet accident n'est pas signalée; et le serait-elle, que je ne pourrais encore modifier mon opinion; je suis de ceux qui voient presque toujours dans les hémorrhoïdes autre chose qu'un accident local ou mécanique, et qui pensent que la *maladie hémorrhoïdaire* est sœur de la diathèse arthritique.

Enfin, on peut encore m'objecter que la tuberculose peut se manifester par des congestions pulmonaires sans tubercules, témoin le fait de M. Potain rapporté dans la thèse de Lépine sur la pneumonie caséeuse, et relatif à un homme mort de méningite granuleuse chez lequel on trouva, à l'autopsie, un état congestif des plus accusés au niveau du sommet d'un des poumons, sans la moindre granulation tuberculeuse. Mais je répondrais que, chez mes malades, aucun symptôme de tuberculose locale n'a été observé. Du reste, pour clore cette question, j'aime mieux encore m'appuyer

---

aveugles stimulaient leur travail par des récompenses et les aidaient dans leurs revers.

Eh bien, étrange résultat de la civilisation, tandis que partout ailleurs on améliore la position sociale des aveugles, l'amna est aujourd'hui déchu de ses privilèges. En 1868, la liberté du massage a été proclamée, et n'étaient les asiles qui les reçoivent, les amnas du Japon ne seraient aujourd'hui guère mieux partagés que les aveugles de l'Europe.

Ces asiles doivent d'ailleurs être bien vastes et bien multipliés, car la cécité est fréquente dans ce pays. En 1873, on comptait 101,587 aveugles, sourds-muets ou mutilés : 63,709 du sexe masculin et 37,828 du sexe féminin. La variole, les ophthalmies purulentes, la syphilis, telles étaient les grandes coupables de cette multiplication de la cécité.

Pour être aveugle, s'en faire un revenu, des privilèges et une profession, m'est avis qu'il fallait vivre au Japon avant 1868. Aujourd'hui, tout est changé. Civilisation occidentale, voilà donc tes coups ! — C. D.

ASILE D'ALIÉNÉS DE BRON. — Le lundi 3 décembre 1883, il sera ouvert à la Faculté de médecine de Lyon un concours public pour la nomination de deux internes titulaires et de deux internes suppléants, appelés à faire le service de médecine à l'asile de Bron, du 1er janvier 1884 au 31 décembre 1886, c'est-à-dire pendant trois ans.

Les internes titulaires seront logés, nourris, chauffés et éclairés, et recevront un traitement de 600 fr. pour la première année et de 800 fr. pour les deux autres. Ce traitement pourra être exceptionnellement porté à 1,000 fr.

Les internes suppléants recevront le traitement et les avantages en nature des internes titulaires qu'ils sont appelés à remplacer.

sur quelques observations puisées dans les auteurs, quoi qu'ils n'aient pas toujours saisi les relations qui unissent les hémoptysies avec l'arthritis.

On sait que l'illustre Grétry mourut dans un âge avancé, après avoir eu des hémoptysies très fréquentes et très abondantes; il en a été de même du professeur Gerdy. Graves remarque judicieusement, après Stahl, du reste, que souvent les individus qui ont eu des crachements de sang, ont eu pendant l'enfance ou l'adolescence de nombreuses épistaxis, et il cite l'exemple d'une famille où sept gentlemen étaient sujets à des hémoptysies subites et chez lesquels ces crachements de sang n'étaient précédés ni suivis d'aucune affection thoracique.

Gendrin cite l'exemple de ce qu'il appelle une *hémoptysie chronique :* un malade de 36 ans, hémorrhoïdaire et vraisemblablement arthritique, est pris, en 1830, d'hémoptysies qui se répètent une dizaine de fois sans jamais rien laisser que des râles sous-crépitants à la base des deux poumons.

Trousseau parle de femmes qui, en l'*absence de troubles menstruels,* crachent du sang en assez grande abondance. Ce sont ordinairement des femmes nerveuses, semblant subir, dit-il, l'influence d'une sorte de diathèse hémorrhagique, et qui sont sujettes à des métrorrhagies; et il cite à l'appui une observation fort intéressante. Sans doute, chez les femmes, on peut invoquer l'état nerveux, l'hystérie qui donne lieu parfois à des hémoptysies, à des congestions pulmonaires d'origine névropathique, à des *pseudo-tuberculoses* comme j'en ai cité des exemples dans mon *Traité des névroses*, et comme M. Debove en a rapporté ensuite quelques cas intéressants. Mais il est une remarque à faire, c'est que les hémorrhagies névropathiques s'observent souvent chez les *hystériques arthritiques ;* et, du reste, Sydenham, Robert Whytt, Hoffmann et Hufeland n'ont-ils pas admis avec raison que l'hystérie était le plus souvent de souche arthritique?

Schmidtmann cite trois cas d'individus qui ont eu des hémoptysies pendant vingt, trente et même quarante ans, et qui sont morts dans un âge avancé, à 65, 72 et 84 ans!

Pierre Franck s'exprime en ces termes : « Il est des personnes, dit-il, qui sont pendant une longue partie de leur vie sujettes à des hémoptysies quelquefois *périodiques*, exemptes de graves accidents, de fièvre et de toute altération de l'organe pulmonaire. »

On a voulu faire jouer à une cause mécanique, trop ingénieuse pour être absolument exacte, à une sorte de pléthore viscérale, un rôle important pour la production des hémoptysies gravides sur lesquelles P. Franck, Gendrin, Trousseau et bien d'autres auteurs ont insisté depuis longtemps. Or, il nous semble, comme nous croyons l'avoir démontré à propos des *coliques hépatiques de la grossesse et de l'accouchement,* que l'état gravide agit plutôt comme une cause d'appel de la diathèse arthritique.

Dans un travail intéressant à plus d'un titre, paru en 1872, Trastour, de Nantes, établit une distinction capitale entre les hémoptysies *congestives* (le mot *congestif* lui semblant l'équivalent de congestionnant) et les hémoptysies *congestionnelles* (le mot *congestionnel* signifiant le résultat, la conséquence de la congestion pulmonaire), et il cite en dehors des hémoptysies nerveuses, supplémentaires, mécaniques ou hémophyliques, plusieurs cas dans lesquels l'élément arthritique est indiscutable.

Un honorable et distingué médecin de province, le docteur Dauvergne, de Manosque (*Bull. de thér.* 1881), rapporte plusieurs observations semblables.

Sénac, de Vichy, dit expressément : « Dans l'un et l'autre sexe, les arthritiques sont parfois atteints pendant l'adolescence d'hémoptysies, qu'on a, pendant longtemps, attribuées exclusivement, et à tort, à la phthisie pulmonaire. »

Lancereaux, dans son *Traité de l'herpétisme* qui n'est autre que l'arthritisme, exprime la même opinion, sans apporter encore d'observations ou de preuves à l'appui.

Enfin, dans une leçon reproduite en partie par le *Journal de méd. et chir. pratiques* (1881, p. 197), M. Potain relate deux faits très intéressants de congestion pulmonaire et d'hémoptysies arthritiques. Dans l'un, il s'agit d'un homme ayant des antécédents rhumatismaux héréditaires et aucun antécédent tuberculeux, qui fut atteint à plusieurs reprises d'hémoptysies *abondantes, survenant brusquement au milieu de la nuit*, et s'accompagnant d'accès d'oppression intense.

A ce sujet, il est sans doute utile de faire remarquer que ces *hémoptysies extrêmement abondantes* ne sont pas toujours aussi graves qu'on pourrait le supposer, comme M. le docteur Collin (de Saint-Honoré) et ensuite Woillez en ont fait la judicieuse remarque (1), et c'est sans doute d'elles que Baillou a pu écrire, en 1580 : *magnas excretiones sanguinis ex pulmone, minus esse periculosas quam parvas.*

Dans l'autre cas observé par M. Potain, un malade de 50 ans ayant eu des douleurs articulaires quinze ans auparavant, et souvent sujet aux coliques hémorrhoïdales, exposé par sa profession à de fréquents refroidissements, est atteint subitement de congestion pulmonaire (submatité aux deux bases, disparition du murmure vésiculaire, souffle, etc.).

A suivre.

(1) E. Collin. *Du diagnostic des affections pulmonaires de nature arthritique.* (Paris, 1882, 5e édition, p. 25.). — Woillez. Rapport sur le travail précédent. *(Académie de médecine,* séance du 14 juin 1881.)

GYNÉCOLOGIE

De l'anus contre nature iléo-vaginal et des fistules intestino-utérines.

Notre collaborateur, M. le docteur L.-H. Petit, vient de publier sous ce titre, dans les numéros des *Annales de Gynécologie* de cette année, un travail auquel l'Académie de médecine avait décerné le prix Huguier en 1881.

Les communications du conduit utéro-vaginal avec l'intestin grêle sont très rares, puisqu'il n'existait pas encore de travail d'ensemble sur ce sujet, et que bien peu de chirurgiens et de gynécologistes ont pu en observer; néanmoins, à force de recherches dans les livres et les recueils périodiques, M. Petit a pu réunir 23 observations de fistules iléo-vaginales, et 16 de fistules intestino-utérines, montrant aussi combien les ressources de la méthode bibliographique sont puissantes, puisqu'à l'aide de cette méthode il a pu décrire dans tous ses détails une maladie dont le nom existait à peine dans les livres classiques.

Le point de départ de ce travail a été une belle observation d'anus iléo-vaginal recueillie en 1876 dans le service de M. Verneuil, et que Demarquay avait prise autrefois pour une fistule intestino-utérine.

Dans sa description M. Petit montre que les 39 observations de fistules intestino-génitales qu'il a réunies sont consécutives: à des étranglements de l'intestin par une rupture de l'utérus ou du vagin (14 cas); au phlegmon du petit bassin ayant fait adhérer ensemble l'intestin et le vagin ou l'utérus (18 cas); à un kyste fœtal extra-utérin ouvert à la fois dans l'intestin et dans le vagin (2 cas); à des cancers de l'utérus ayant envahi l'intestin grêle ou le côlon descendant (4 cas); un cas reste douteux en ce sens qu'on n'a pu déterminer quel point du conduit utéro-vaginal ou de l'intestin avait été blessé.

Au point de vue anatomique, ces affections se divisent en fistules simples et en anus proprement dits. Les unes, consécutives à l'accolement d'une anse intestinale contre l'utérus ou la paroi vaginale, par inflammation ou cancer, ou au pincement d'une partie de la circonférence de l'anse, n'ont fait qu'une ouverture limitée à la paroi de l'intestin; les autres, causées par l'étranglement d'une anse intestinale dans une rupture utérine ou vaginale, s'ouvrent sur toute la circonférence de l'intestin.

Les symptômes sont différents dans les deux variétés. Pour les fistules, phénomènes d'irritation intestinale, issue des matières fécales par le vagin, mais en même temps,

continuation des selles par la voie normale; pour les anus, phénomènes d'étranglement interne, puis issue des matières fécales en totalité par le vagin.

Les différences se continuent dans la marche, la terminaison, le pronostic et le traitement. Les fistules se rétrécissent peu à peu, spontanément, alors les matières s'écoulent de moins en moins par le vagin et de plus en plus par l'anus normal, et la guérison se fait, dans la plupart des cas, d'elle-même ou à la suite d'un traitement consistant en soins de propreté, injections vaginales et rectales, et quelques cautérisations. Les anus, au contraire, n'ont que peu de tendance à la guérison spontanée, et même après les traitements les plus variés et les mieux suivis, les opérations les plus habilement faites, on n'a pu obtenir, dans quelques cas, le rétablissement du cours des matières par la voie normale.

Le diagnostic est facile en général; il faut rechercher :

a. Si la communication siége sur l'utérus ou le vagin.

b. Si elle intéresse le rectum ou une partie plus élevée de l'intestin.

c. Si le bout inférieur de l'intestin est perméable.

d. Si l'on a affaire à une fistule simple ou à un anus.

e. Si la lésion est, ou non, puerpérale, d'origine cancéreuse, etc.

Quelques erreurs ont été commises; ainsi on a pris l'orifice de l'anus anormal pour celui du col de l'utérus (Demarquay) et une fistule iléo-vaginale pour une fistule recto-vaginale (Radfort), etc.

Le pronostic est grave en ce sens que les affections qui déterminent des communications accidentelles de l'intestin avec le vagin ou l'utérus entraînent souvent la mort par elles-mêmes : grossesse extra-utérine, rupture de l'utérus ou du vagin, phlegmon du petit bassin, cancer de l'utérus. Mais les fistules une fois rétablies et les accidents primitifs calmés, l'état général s'améliore rapidement, et l'affection secondaire, quoique fort gênante, n'est cependant pas incompatible avec la vie.

D'autres complications, survenues en même temps que la fistule stercorale ou après elle, aggravent encore l'état des malades: il y avait une fistule vésico-vaginale dans 4 cas; une fistule recto-vaginale dans 4 cas également; un prolapsus considérable de la muqueuse intestinale dans un cas; dans un autre, il existait un cloaque faisant communiquer la vessie et le rectum avec l'intestin grêle, et en outre un prolapsus de la vessie et de l'utérus.

Le traitement des fistules simples consiste en soins de propreté, injections, tamponnement du vagin, cautérisation de l'orifice avec les agents actuels et potentiels. On pourrait ajouter la suture après avivement.

Dans le traitement des anus vaginaux, plusieurs cas sont à considérer. La fermeture de l'orifice n'est possible que s'il n'y a pas de prolapsus intestinal, ni d'éperon, et si le bout inférieur de l'intestin est perméable. Ce sont autant de conditions spéciales à remplir.

En cas de prolapsus, il faut en faire la section, et attendre pour tenter la fermeture qne les abords de l'anus accidentel se soient assez rapprochés de l'état normal pour assurer le libre cours des matières après l'occlusion de cet orifice.

En cas d'éperon, il faut en faire la section avec l'entérotome.

En cas d'oblitération du bout inférieur, il faut d'abord créer une large communication entre le bout supérieur de l'intestin et la cavité rectale.

Lorsque ces conditions sont remplies, alors seulement on procède à la suture de l'orifice anormal après avivement de ses bords.

On a tenté une fois sans succès, à titre de moyen palliatif, l'occlusion de la vulve par l'avivement et la suture.

On a encore proposé de faire la gastrotomie, d'aller à la recherche des deux tronçons de l'intestin, de les détacher de leurs adhérences au vagin, puis de les réunir bout à bout par la suture; enfin de remettre dans l'abdomen l'anse reconstituée, et de fermer la plaie pariétale. Ce moyen n'a pas encore été mis à exécution.

Lorsqu'il existe une fistule vésico-vaginale en même temps qu'une fistule fécale, il paraît avantageux d'opérer les deux dans la même séance.

Les communications accidentelles de l'intestin grêle avec l'utérus ou le vagin d'origine cancéreuse, ont une tendance à s'agrandir par suite des progrès de l'affection primitive. Elles surviennent le plus souvent à une période avancée de la maladie, annoncent par conséquent la mort à courte échéance, et on ne peut leur opposer qu'un traitement palliatif.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

Egypte. — Pendant la journée du 26 août, il a été déclaré 115 décès cholériques dans les provinces et 19 à Alexandrie où l'épidémie est donc en décroissance, mais où un grand nombre des habitants ont quitté la ville.

Il a été constaté, le 27 août, 93 décès cholériques, dont 13 à Alexandrie; mais, dans cette ville, la mortalité générale est encore très élevée. Les nouvelles de la Haute-Egypte font défaut.

Depuis le début de l'épidémie, c'est-à-dire depuis deux mois, le Conseil de santé égyptien a enregistré 25,835 décès cholériques, dont 5,644 ont été constatés au Caire et 651 à Alexandrie. Ce chiffre n'indique pas exactement l'étendue de la mortalité, car il n'en a pas été tenu compte dans la plupart des villages de l'intérieur.

Mission scientifique française. — Nos savants confrères ont été l'objet d'un accueil flatteur de la part des autorités égyptiennes, et, dès les premières recherches, M. Straus n'a pas hésité à déclarer que l'épidémie actuelle était bien le choléra asiatique. Enfin, hier, M. Dumas, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, a reçu de M. Pasteur la dépêche suivante :

« Arbois, 26 août : Je reçois ce matin des nouvelles télégraphiques de la mission « française du choléra en Egypte. Très curieuses observations avec grand caractère de « nouveauté et constantes dans le sens espéré. Je vous communiquerai la lettre détaillée « attendue. — Pasteur. »

Nous tiendrons nos lecteurs au courant des travaux du sympathique directeur de la mission, M. Straus, et des recherches de Mitahé, chargé plus spécialement d'étudier les mesures de prophylaxie internationale. — C. E.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les instructions relatives à la convocation, en 1883, des médecins et des pharmaciens de réserve.

La circulaire ministérielle du 11 juillet 1883 tranche définitivement la question de l'appel annuel des médecins sous les drapeaux. L'exception dont ont bénéficié les médecins et les pharmaciens depuis la mise en vigueur de la loi du 27 juillet 1872, prendra donc fin dès cette année ; mais, en raison des ressources budgétaires et des besoins des populations, il est décidé en principe que, dans chaque corps d'armée, dix médecins de réserve seulement seront convoqués d'ici au 31 décembre 1883. On les choisira parmi les plus anciens de ceux dont la classe doit passer légalement dans l'armée territoriale le 1er juillet 1884, et on les dirigera sur un établissement ou un corps de troupe du corps d'armée sur le territoire duquel ils ont leur domicile.

Dans ce choix on devra tenir compte de la classe à laquelle ils appartiennent et de leur rang d'ancienneté. Les listes une fois établies, les directeurs du service de santé préviendront tout de suite les dix médecins choisis, les invitant à leur faire connaître approximativement à quelle époque ils seront prêts à répondre à la convocation. Les ordres d'appel seront, d'après ces indications, échelonnés jusqu'au 31 décembre 1883.

Toutefois les médecins de réserve domiciliés dans le gouvernement de Paris ne seront pas convoqués cette année, à l'exception de ceux qui, en cas de mobilisation, sont affectés à des corps ou des services des 3me et 5me corps d'armée. Ces derniers pourront être appelés dans des conditions que la circulaire ministérielle ne fait pas connaître. Enfin, ceux de nos confrères qui habitent sur le territoire du 19me corps d'armée, ne seront pas convoqués.

Les pharmaciens paraissent devoir jouir de l'exemption qui, jusqu'ici, avait été accordée aux médecins. La circulaire considère leur convocation comme moins nécessaire. Leur appel, si les directeurs du service de santé le jugent opportun, n'aura lieu d'ailleurs que sous la condition de ne pas dépasser dix unités (médecins et pharmaciens) pour chaque corps d'armée.

Les dispenses d'appel ne doivent être accordées aux médecins que das le cas de force majeure, sur les indications des préfets et dans l'intérêt du service médical des populations.

Enfin, après l'expiration du stage, chaque médecin de réserve sera l'objet d'un rapport individuel, rédigé par le médecin militaire auquel il aura été subordonné. Ce rapport

recevra les annotations du directeur du service de santé du corps d'armée, et sera, par voie hiérarchique, transmis à la septième direction.

Le dernier paragraphe de cette circulaire enjoint aux directeurs de signaler au ministre tout médecin ou pharmacien de réserve qui ne répondrait pas à la convocation qui lui aura été adressée.

Cette circulaire réalise une réforme importante, et son exécution doit combler une des plus regrettables lacunes de notre organisation militaire. Les médecins de réserve, nous en avons la conviction, sont prêts à faire acte de patriotique dévouement ; espérons que, de son côté, l'administration tiendra compte des besoins des populations et des exigences professionnelles. C'est aux directeurs des services de santé qu'incombe l'application de ces mesures; aussi nous ne doutons pas de leur disposition bienveillante envers leurs confrères civils. — L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 août 1883 — Présidence de M Hardy.

La correspondance non officielle comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Besson, de Murat (Cantal), sur les épidémies de cet arrondissement pendant les années 1881 et 1882.

2° Une lettre de M. le docteur Cazalas, ancien président du Conseil de santé des armées, sur le choléra.

3° Un mémoire de M. le docteur Paul Jouin, intitulé : *Contribution à l'étude de la fièvre jaune.*

—

M. Jules Guérin présente, au nom de M. le docteur Liégey (de Rambervillers), un ouvrage contenant de nombreuses observations de cas de médecine légale. C'est une sorte de clinique de médecine légale.

—

M. Burcq lit en réponse à la communication faite, dans la dernière séance par M. le docteur Bailly (de Chambly), un travail dont voici le résumé d'après l'auteur lui-même :

« Préservation constante dans le *choléra,* même par simple voie de voisinage, des populations soumises à une certaine imprégnation cuprique, et préservation observée en France, en Suède, en Espagne, en Italie, en Turquie et en Egypte, sur plus de cent mille individus. »

Mardi prochain M. Burcq se propose de faire une troisième communication sur ce sujet.

—

M. Dujardin-Beaumetz lit un rapport sur un travail de M. le docteur Félizet, intitulé : *De la guérison du diabète sucré et de la glycosurie par le bromure de potassium.*

M. le rapporteur résume son travail de la manière suivante :

« Le bromure de potassium, dit-il, est une médication adjuvante dans le traitement du diabète, médication qui a ses avantages et ses inconvénients. Dans les cas de moyenne intensité et dans certains cas graves, en l'associant aux moyens diététiques et à la médication alcaline, il peut faire disparaître la glycosurie, mais il affaiblit les forces. Aussi devons-nous nous montrer très prudents dans l'administration de cet agent thérapeutique, surtout chez les diabétiques qui présentent, par le fait même de leur maladie, une dépression profonde de l'organisme, et ce n'est qu'en surveillant attentivement les effets de la médication que nous devons ordonner un pareil médicament. »

M. Bouchardat est d'accord avec M. Dujardin-Beaumetz sur les effets de l'emploi du bromure de potassium dans le diabète. C'est un médicament qui est utile dans certains cas, mais qui doit être manié avec une grande prudence à cause de la dépression des forces que son administration provoque. Il faut, dans le traitement du diabète, donner la prééminence à l'ensemble des moyens hygiéniques, en particulier au régime et aux exercices gymnastiques.

M. Lunier croit devoir appeler tout particulièrement l'attention sur les inconvénients du bromure de potassium sur les enfants et les vieillards. Il a vu des exemples d'une véritable dépression intellectuelle produite par cette médication.

M. le président Hardy a observé des faits d'action dépressive du bromure de potassium chez des diabétiques dont ce médicament avait d'ailleurs diminué la quantité de sucre.

M. Hardy a observé en outre une action irritante du bromure de potassium sur la peau, se traduisant par une éruption acnéiforme et des furoncles.

Il faut donc employer ce médicament avec réserve et ne pas dépasser la dose de 2 à 3 grammes par jour.

M. Dujardin-Beaumetz dit qu'il ne faudrait pas conclure que le bromure de potassium n'a pas d'action sur le diabète. Dans certains cas, on a vu ce médicament produire des résultats vraiment étonnants et amener la disparition complète du sucre dans les urines au bout d'un certain temps. Cette médication, d'ailleurs, s'applique à toutes les formes et variétés du diabète.

M. le docteur Félizet, dans son travail, insiste sur les deux inconvénients de la médication que l'on vient de signaler, à savoir la dépression des forces et l'éruption acnéique. Enfin, il associe à l'emploi du bromure de potassium les exercices gymnastiques, qu'il recommande d'une manière toute particulière.

En résumé, on devra administrer le bromure de potassium lorsqu'on n'aura pas obtenu la disparition du sucre par le régime et par les exercices; il faudra le cesser dès qu'on aura vu se produire la dépression des forces. Il faut bien savoir, d'ailleurs, que le diabète résiste presque toujours aux moyens thérapeutiques : bromure de potassium, alcalins, eau de Vichy, etc., quand il n'est pas influencé par les moyens diététiques.

M. Ricord a obtenu d'excellents résultats de l'emploi du bromure de potassium dans le diabète, sans aucun des inconvénients qui viennent d'être signalés. Il le donne à la dose de 3 à 4 grammes par jour. Il pense que les éruptions de furoncles, dont on a parlé, doivent être mis sur le compte du diabète, non du bromure de potassium.

—

M. Polaillon lit une *Note sur un fait de cure radicale d'une hernie inguinale* et présente le malade qu'il a opéré.

« Dans les pays voisins, dit M. Polaillon, on pratique souvent la kélotomie pour guérir radicalement des hernies non étranglées qui sont seulement gênantes et difficiles à maintenir.

Dans notre pays, au contraire, cette opération est rare, parce qu'on la considère comme inutile et dangereuse. Cependant le danger de cette opération a beaucoup diminué depuis les procédés qui permettent d'ouvrir le péritoine sans craindre beaucoup la péritonite. Son inutilité par suite de récidive de la hernie, a aussi diminué depuis que l'on oblitère le sac et son collet et depuis que l'on suture profondément l'orifice des parois abdominales.

M. Polaillon a pratiqué récemment la cure radicale d'une hernie sur un sujet de 21 ans, porteur depuis son enfance d'une hernie inguinale gauche descendant dans le scrotum.

Il y a deux ans, à la suite d'une violente contusion des bourses, le testicule gauche devint douloureux et la hernie difficilement réductible. L'usage d'un bandage fut dès lors impossible, et la hernie non contenue augmenta de plus en plus de volume. Une névralgie funiculaire et testiculaire ne pouvant permettre l'application d'aucun bandage, le malade était condamné à rester couché presque continuellement.

Dans ces conditions, la cure radicale parut indiquée à M. Polaillon.

Après avoir réduit complètement la hernie, il fit une incision oblique de 6 millimètres, commençant à la partie externe du scrotum et remontant sur la paroi abdominale dans la direction du trajet inguinal. Il arriva couche par couche sur le cordon, qui fut écarté en haut et en dedans, et sur l'orifice inguinal externe. Là il ne rencontra point de sac. Il transfixa immédiatement avec une aiguille courbe le pilier inférieur, et il fit ressortir sa pointe au-dessus du pilier supérieur. Il plaça ainsi deux points de suture en fil d'argent. En tordant ces deux fils, il obtint une oblitération très satisfaisante de l'anneau inguinal. Cela fait, il laissa revenir le cordon à sa place normale, puis il réunit les lèvres de la plaie avec quatre points de suture métallique. Les fils de la suture profonde sortaient par la partie moyenne de la plaie cutanée et servaient de drain. Pansement de Lister.

Les suites furent simples. La plaie se réunit par première intention. Le neuvième jour M. Polaillon enleva par torsion un des fils de la suture profonde; le deuxième jour, l'autre fil.

La névralgie testiculaire et funiculaire disparut d'abord complètement. Mais lorque le malade commença à se tenir debout et à marcher, elle revint à un faible degré.

Actuellement la hernie est guérie; le testicule est moins douloureux et l'opéré peut supporter un bandage herniaire destiné à permettre aux adhérences de se consolider et de prévenir la récidive.

M. Jules Guérin dit que M. Polaillon a cherché à atteindre un but qu'il a attein lui-même, il y a quarante ans, par un autre procédé. Ce procédé consiste à obtenir un bouchon plastique à l'aide d'une plaie sous-cutanée qui verse ses liquides de sécrétion dans le canal inguinal et en amène l'oblitération. M. Jules Guérin n'emploie pas la suture comme M. Polaillon, et il n'en arrive pas moins à un résultat complet, sans exposer le malade à aucun accident.

Pour que la section soit complète et facile, il faut que le malade assis, se soulève de manière à tendre les parois abdominales et les piliers qui forment le canal inguinal. M. Jules Guérin a pratiqué son procédé sur trois malades, qui ont guéri tous les trois et dont deux ont été vus par des membres de l'Académie, lorsque M. Jules Guérin les présenta, il y a quarante ans.

M. Polaillon répond qu'il n'a pas voulu rappeler les divers procédés mis en usage pour la cure radicale de la hernie inguinale. Son seul but a été de montrer un cas de kélotomie appliquée à la cure radicale des hernies non étranglées. Cette kélotomie combinée avec la suture du collet du sac et des anneaux est une opération d'origine récente et à propos de laquelle il a cru devoir faire sa communication.

M. Jules Guérin demande que M. Polaillon présente de nouveau son malade dans quelque temps; il ne pense pas que les résultats obtenus par M. Polaillon, par un procédé plus difficile, plus compliqué et plus dangereux, soient aussi satisfaisants que ceux obtenus par M. Jules Guérin par un procédé simple et inoffensif qui date déjà de quarante ans.

— La séance est levée à cinq heures.

COURRIER

Nécrologie. — Le 7 de ce mois, M. le docteur Charles Gaillardot, ancien médecin sanitaire de France en Egypte et ancien directeur de l'Ecole de médecine du Caire, est mort à Bhamdoun (village des environs de Beyrouth). Le nom de notre compatriote était universellement estimé en Orient.

Prix. — La « Company of Grocers », à Londres, offre au concours universel un prix de 25,000 francs (1,000 liv. st.) pour la solution du problème suivant :

Découvrir une méthode au moyen de laquelle le virus vaccinal puisse être cultivé dans un milieu indifférent. La méthode doit permettre de multiplier le virus indéfiniment par générations successives, et le produit de chaque génération doit accuser les qualités de la lymphe vaccinale naturelle (autant que le délai accordé en permettra l'épreuve).

Les candidats devront soumettre leurs travaux, en anglais, avant le 31 décembre 1886, et le prix sera décerné aussitôt que possible après cette date. On obtiendra de plus amples informations en s'adressant à : « The Clerk of the Grocers Company (Grocers Hall). » — E. C. (Londres.)

— M. le docteur Pozzi, agrégé suppléant M. le professeur Verneuil, commencera ses leçons cliniques à l'hôpital de la Pitié le lundi 3 septembre, à 9 heures 1/2, et les continuera les lundi et vendredi suivants, à la même heure, dans l'amphithéâtre de l'établissement.

Visite des malades à 8 heures 1/2.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

ÉTUDES DE CLINIQUE MÉDICALE

Hémoptysies et Congestions pulmonaires arthritiques (1),

Par Henri HUCHARD, médecin de l'hôpital Tenon.

II. — Ce dernier fait sert de transition naturelle avec l'étude des CONGESTIONS PULMONAIRES ARTHRITIQUES dont on doit admettre plusieurs espèces :

1° Les unes surviennent dans le cours du rhumatisme polyarticulaire fébrile et affectent le type généralisé ou partiel. Celles-là, comme l'a démontré mon excellent confrère et ami le docteur Houdé, dans son excellente thèse de 1861, sont parfois graves, foudroyantes; celles-ci sont ordinairement bénignes. Il existe enfin une forme mixte qui, partielle d'abord, finit par envahir rapidement tout l'appareil pulmonaire;

2° Les autres, et peut-être les plus fréquentes, surviennent en dehors de toute manifestation articulaire, chez les arthritiques et surtout chez les *arthritiques viscéraux*. Elles affectent des formes diverses :

A.—*La forme mobile*, *aiguë*. Subitement, sous l'influence d'un refroidissement le plus souvent, ou de causes diverses, le malade est pris d'hémoptysie avec symptômes de congestion pulmonaire, qui *peuvent avoir des sièges très différents :* à la base, à la partie moyenne de la poitrine, au creux axillaire et même au sommet. C'est la forme que nous avons étudiée plus haut.

Mais d'autres fois, l'hyperémie pulmonaire ne va pas jusqu'à l'hémorrhagie, et le malade en est quitte pour un accès d'oppression extrêmement violent avec râles crépitants, souffle, submatité, abolition des vibra-

(1) Suite. — Voir le numéro du 30 août.

FEUILLETON

CAUSERIES

Les entreprises se poursuivent et s'organisent contre la vivisection. Il n'est plus question de ligue, c'est maintenant la Société française contre la vivisection qui envoie *urbi et orbi* ses prospectus et ses demandes d'adhésion, où les travaux des physiologistes sont qualifiés de cruautés anssi stériles qu'injustifiables.

Pourquoi faut-il que j'aie l'obligation d'entrer ici en lutte contre une œuvre qui nous fournit elle-même les deux épithètes qui lui conviennent le mieux, et qui a eu l'habileté de se placer sous le patronage d'Alphonse Karr? Cher maître, vous qui m'avez appris à écrire, si ces lignes vous tombent sous les yeux, ne soyez point irrité de me voir en contradiction avec vous et, dans le médecin qui défend une cause professionnelle, reconnaissez de loin le bambin d'autrefois, dont l'affection ne peut vous être suspecte.

Les circulaires de la Société française contre la vivisection ne sont pas les seuls documents destinés à apitoyer le public sur les souffrances des animaux, sacrifiés à la science, disons-nous, à d'horribles fantaisies, disent nos adversaires.

Sous prétexte de propagande humanitaire se distribue une brochure intitulée : *Le prince de Bismarck et la vivisection*. On ne s'attendait guère à voir le prince de Bismarck en cette affaire.

On a annoncé aussi que, pour frapper les esprits par des images saisissantes, les mêmes fauteurs de toute cette agitation allaient faire placarder dans Paris des affiches,

tions thoraciques qui font souvent croire à tort à l'existence d'une pleurésie.

B. — *La forme fixe, chronique et latente.* C'est cette forme qui a été très remarquablement étudiée par M. Collin, médecin inspecteur de Saint-Honoré, dans plusieurs mémoires fort intéressants dont le premier en date est de 1874. J'ai fréquemment observé chez les arthritiques, comme cet auteur distingué et un sagace observateur, le regretté Woillez, des congestions se manifestant par des râles sous-crépitants qui peuvent persister pendant des mois et des années dans un point de la poitrine. Mais là où je diffère d'avis avec M. Collin, c'est dans le siège d'élection de ces râles ou froissements pleuraux qui existerait presque toujours d'après lui dans la ligne axillaire. Or, un des caractères de cette congestion, c'est, au contraire, de pouvoir se montrer partout, à la base, à la partie moyenne et même souvent au sommet des poumons, comme le témoignent plusieurs faits, et notamment celui-ci :

M. P... est âgé aujourd'hui de 70 ans. Son père est mort à 54 ans à la suite de deux attaques d'hémiplégie ; sa mère a eu quelques atteintes de goutte dans les dernières années de sa vie et a été emportée presque subitement par cette maladie, à l'âge de 65 ans ; son frère aîné est mort à 54 ans, d'une maladie de cœur ; sa sœur qui est actuellement dans sa 75e année, est presque immobilisée depuis fort longtemps par des douleurs goutteuses.

Ce malade n'a pas eu d'autre affection qu'une dyspepsie pour laquelle il a été soigné depuis l'âge de 20 ans.

En 1875, il est pris subitement, *pendant la nuit,* d'une oppression fort vive avec symptômes de congestion pulmonaire suivie d'un point de névralgie intercostal droit. Or, depuis cette époque, c'est-à-dire depuis près de dix ans, ce malade, sans toux ni oppression, présente des râles sous-crépitants en très grand nombre, en avant de la poitrine, dans la région qui se trouve immédiatement au-dessous de la fosse sous-claviculaire. Ces râles, à certains moments, sont si abondants, ils prennent un timbre si retentissant que son médecin à Bordeaux, homme fort distingué d'ailleurs, croit à l'existence d'une tuberculose. Lorsque je le vois, je pense plutôt à une congestion pulmonaire d'origine arthritique, malgré les dénégations réitérées du malade qui m'affirme n'avoir jamais eu de rhumatisme, et je m'ap-

---

d'importation anglaise, représentant des chiens et des lapins vivants, et soumis à des expériences naturellement des plus barbares.

J'ignore si ce projet a été mis à exécution, et je regretterais beaucoup qu'on y eût renoncé; car, certainement, cette idée de poser des lapins à profusion sur les murs de Paris était appelée à un prodigieux succès d'hilarité.

C'est comme un vent de tendresse et de sensibilité qui souffle depuis quelque temps, et qui s'est violemment déchaîné, outre la vivisection, contre les courses de taureaux données dans quelques villes du Midi.

Si l'on en croyait les clichés débités à cette occasion, d'abord les Espagnols seraient de vrais sauvages, puisqu'ils font leurs délices de ce spectacle, qui est chez eux une institution nationale.

Passe encore pour l'Espagne, où il est convenu que les choses ne vont point comme ailleurs; mais, le plus triste, c'est que la sauvagerie de nos voisins aurait franchi les Pyrénées pour envahir nos compatriotes du Midi, que l'on voit aujourd'hui se délecter aux vraies courses espagnoles, celles qui se terminent par la mise à mort du taureau.

Il a même été question d'un préfet qui aurait applaudi les toréadors travaillant sous ses yeux, ce qui a fait supposer qu'il était ivre de sang. Cette façon de s'enivrer doit être au moins aussi désagréable que l'autre coutume, qui consiste à se désaltérer avec la sueur du peuple.

Ni le préfet du Gard, ni les quinze mille spectateurs qui applaudissaient avec lui les toréadors espagnols dans les arènes de Nîmes n'étaient ivres de sang, mais emportés seulement par l'attrait d'un spectacle où se déploient des merveilles de grâce, d'adresse et de courage.

puie pour établir ce diagnostic sur les caractères suivants : antécédents arthritiques chez les ascendants ; depuis neuf ans que les signes stéthoscopiques existent, l'état général n'a jamais faibli ; le foyer principal des râles sous-crépitants n'est pas exactement dans la fosse sous-claviculaire.

Les choses restèrent en l'état avec des alternatives diverses ; le malade, fort intelligent du reste et raisonneur, acceptait difficilement mon interprétation, quand, cette année même, il me donna la signature de la maladie, signature qu'il n'a plus voulu protester. Il m'appela pour des douleurs assez vives éprouvées dans les articulations avec tuméfaction très nette des têtes osseuses. Je l'auscultai et constatai, à ma grande surprise, que tous les symptômes stéthoscopiques avaient complètement disparu, ce qui prouve, pour le dire en passant, que les anciens n'étaient pas de si mauvais observateurs, et que Dominique Raymond pourrait aujourd'hui ajouter quelques observations à son Traité (paru en 1816), « *des maladies qu'il est dangereux de guérir.* »

Ainsi donc, cette congestion chronique peut persister dans les mêmes points pendant des années, mon malade l'a portée pendant neuf ans ; une femme observée par mon excellent ami et ancien collègue Blanquinque, médecin de l'Hôtel-Dieu de Laon, et qui m'a dit avoir vu souvent les mêmes faits, présente les signes d'une congestion pulmonaire aux deux bases depuis quinze ans ; et je pourrais encore citer des cas semblables chez des goutteux, des rhumatisants, des diabétiques, etc.

Or, si cette congestion peut rester ainsi permanente à l'un des sommets du poumon ou dans son voisinage, on comprend dès lors combien l'erreur est facile avec la tuberculose. Le diagnostic se fait non seulement à l'aide des anamnestiques, mais il s'appuie sur le caractère des râles, sur leur peu de variabilité, sur l'intégrité de l'état général, sur l'absence de signes fonctionnels (sueurs nocturnes, amaigrissement, toux, oppression, etc.) et encore sur les influences barométriques.

Je prévois cependant une objection capitale à laquelle je veux répondre avant qu'elle me soit adressée : qui vous prouve, me dira-t-on, que vous n'avez pas affaire à une tuberculose lente dans son évolution ? Il n'y a pas d'autopsie qui démontre la réalité de ces faits.

Un seul détail est cruel, et répugnant pour nous, dans les courses espagnoles ; c'est l'éventrement des chevaux par les coups de cornes. Cette partie de la course a toujours été supprimée dans les représentations données en France ; ainsi réduites, elles ne peuvent troubler que les âmes trop sensibles de quelques membres égarés de la Société protectrice des animaux.

Si le sang est versé dans les courses de taureaux, il l'est sans cruauté ni raffinement, et ce n'est pas, à tout prendre, un mauvais spectacle pour la foule, que celui d'un homme risquant sa vie dans toute espèce de provocations contre une bête furieuse et terriblement armée, et terminant la lutte par un beau coup d'épée, bien planté sur le garrot rebondi du taureau.

Le murmure qui s'élève du public pendant toutes les péripéties de ce duel n'est pas seulement fait de curiosité et d'émotion ; il contient aussi en germe des idées de combat, de bravoure, de vengeance et de victoire, qu'il n'est pas inutile de susciter dans les masses, et que nul spectacle ne provoque au même degré que les courses de taureaux.

On n'en finirait pas, et la propagande humanitaire aurait beau jeu, si elle voulait réformer tous les mauvais traitements que nous faisons subir aux animaux, non pas seulement dans un but élevé et défendable quand même, comme c'est le cas pour la vivisection, mais simplement pour la satisfaction de nos appétits ou de nos passions.

Il faut d'abord que tous les membres de nos différentes sociétés d'attendrissement renoncent à manger du pâté de foie gras, car la moindre tartine les rend complices de l'affreuse industrie qui s'exerce sur les oies.

Depuis que ces volatiles ont perdu l'habitude de sauver le Capitole, ce qui d'ailleurs

Or, la constatation nécroscopique ne fait pas défaut. Dans ses excellentes *Leçons de clinique médicale* publiées en 1877, M. Bernheim (de Nancy) cite plusieurs cas de rhumatisme articulaire pendant lesquels se sont manifestés à l'*un des sommets* des symptômes de congestion pulmonaire rappelant tous les caractères d'une affection tuberculeuse : diminution de sonorité et affaiblissement du murmure vésiculaire; expiration prolongée et soufflée par places; râles muqueux et sibilants; expectoration muco-sanguinolente. Trois autopsies ont démontré l'*absence absolue de tubercules* et l'existence d'une congestion pulmonaire simple plus ou moins intense.

Sans doute, le diagnostic pouvait être ici établi en raison de la contemporanéité des accidents pulmonaires avec les douleurs articulaires. Mais là où le diagnostic est difficile, c'est dans les cas où les congestions du sommet surviennent dans les formes abarticulaires du rhumatisme, comme dans le fait suivant que j'ai pu observer cette année dans mon service d'hôpital, et qui a été confirmé à l'autopsie.

Le nommé J..., âgé de 50 ans, entre à l'hôpital Tenon le 24 février 1883. C'est un homme assez vigoureux, trapu, présentant le facies arthritique le plus caractérisé : joues colorées avec nombreuses arborisations vasculaires, cou un peu court, système vasculaire développé, tendance aux varices des membres inférieurs, hémorrhoïdes. Sa sœur a une maladie de cœur et lui-même a eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire. Il avoue avoir fait autrefois des excès alcooliques.

A son arrivée, on constate une dyspnée très intense, le cœur est indemne, la poitrine présente l'aspect de l'emphysème pulmonaire et je constate aux deux sommets, surtout en arrière, les symptômes suivants : submatité, râles sous-crépitants très nombreux, respiration légèrement soufflante, augmentation des vibrations thoraciques, retentissement autophonique de la voix. — En présence de ces symptômes et surtout d'hémoptysies extrêmement abondantes qui surviennent par la suite, et qui se répètent, chose singulière, presque tous les soirs à la même heure, malgré l'absence de tout antécédent palustre, j'établis d'abord le diagnostic de tuberculose pul-

---

ne leur est arrivé qu'une seule fois dans l'histoire, elles servent principalement à la confection des terrines. Dans toutes les maisons où nous avions nos chambres d'étudiants, à Strasbourg, l'honnête propriétaire engraissait une ou deux oies, et pour cela on sait que l'animal doit être absolument privé de lumière et de mouvement, et gavé de maïs jusqu'à en étouffer.

C'était pitié de voir ces pauvres bêtes, impotentes et presque paralytiques par la réclusion prolongée, difformes par l'hypertrophie du foie, et subissant cette alimentation forcée, pour laquelle on ne leur accordait même pas le bénéfice du tube Fauché, le nourrisseur se bornant à pousser le maïs avec son doigt dans l'œsophage de sa victime.

Vous tonnez contre la vivisection, qui exploite les animaux dans l'intérêt de la science et pour le soulagement de nos maux ; que direz-vous donc de cette industrie qui commence par infliger une maladie à des oiseaux inoffensifs, et dans une seule pensée de lucre et de gourmandise ?

Vite alors, une Société française, ou mieux internationale, contre l'engraissement des oies, avec promesse solennelle de la part de tous les adhérents de renoncer au pâté de foie gras.

La même Société pourra étendre ses opérations à une autre pratique, qui tombe également sur les oies, et qui consiste à les plumer vivantes, pour faire des édredons de leur duvet. C'est tout aussi cruel que la vivisection, sans compter la position humiliante à laquelle on condamne les oies, quand elles se promènent ensuite avec leur ventre glabre comme la tête d'un teigneux. Elles en ont positivement la chair de poule.

Que ce martyre soit donc toujours présent à l'esprit des gens frileux, et que les souffrances des oies plumées vives viennent troubler leur sommeil, quand ils reposent la tête sur l'oreiller et les pieds sous l'édredon.

monaire, et ce n'est qu'en observant davantage le patient que j'ai admis, avec une certaine réserve il est vrai, le diagnostic de congestion pulmonaire arthritique. Le malade mourut dans le courant de mars et j'affirme qu'à l'autopsie on ne trouva *aucun tubercule dans aucun organe*, la rate était normale et n'offrait pas les caractères de l'hypertrophie splénique d'origine paludéenne. Mais les deux sommets étaient le siège d'une congestion pulmonaire extrêmement intense que l'on pouvait poursuivre jusqu'à la partie moyenne de l'appareil respiratoire. Le cœur ne présentait aucune altération; les grosses artères étaient légèrement athéromateuses, et on pouvait observer çà et là, dans l'encéphale, quelques anévrysmes miliaires que nous n'avons pas malheureusement cherchés dans les vaisseaux du poumon et que nous aurions peut-être trouvés, si nous en croyons les recherches de E. Rollet. Cet auteur a, en effet, constaté à la suite d'hémoptysies non tuberculeuses survenant à un âge avancé, l'existence d'altérations dans les vaisseaux du poumon : varicosités, dilatations, rigidité et fragilité des parois vasculaires (1).

Cette question est importante, non-seulement au point de vue du diagnostic et du pronostic, mais encore et surtout au point de vue du traitement.

Les préparations de sulfate de quinine, répétées souvent, et à petites doses, m'ont bien réussi dans ces cas ; je recommande aussi l'emploi du salicylate de soude, continué pendant longtemps (plusieurs mois), à des doses variant de 1 à 2 grammes par jour ; et, enfin, de l'iodure de potassium ou de sodium à petites doses, 0,20 à 0,30 centigr., car, à haute dose, les iodures peuvent provoquer des hémoptysies chez les individus prédisposés. Je fais souvent alterner les préparations arsenicales avec les préparations iodurées.

De plus, les dérivatifs intestinaux (aloès, etc.), les sangsues à l'anus, l'application fréquente de ventouses sèches sur la paroi pectorale, les saignées générales *préventives* qu'une réaction impitoyable a trop bannies de la thérapeutique, répondent à une indication que je n'ai pas besoin de définir.

(1) E. Rollet. (*Wien. med. Press.*, janvier 1875.)

Du même coup nous renonçons, et je m'y associerais bien volontiers, à couper la queue et les oreilles à une masse de chiens, pour le seul plaisir de suivre la mode. Je sais bien que ces retranchements ont soi-disant pour but de fournir moins de prise aux rats, dans leurs combats contre les chiens ; mais remarquez que parmi les chiens auxquels on coupe la queue et les oreilles, il n'y en a pas un sur mille qui se livre une seule fois dans son existence à la chasse aux rats.

J'implorerais ensuite la même pitié pour les chevaux, auxquels nous supprimons des organes bien autrement importants que ceux que l'on enlève aux chiens, et pourquoi ? Tout simplement par peur, parce que les chevaux ainsi diminués, nous offrent plus de garantie pour notre sécurité personnelle. Est-ce un motif suffisant pour nous donner le droit de bouleverser toute l'harmonie de la nature, et de porter atteinte dans ses parties essentielles, à la plus belle conquête de l'homme sur la nature ?

Il est vrai qu'en regard des chevaux dont nous modifions le caractère par cette singulière méthode d'éducation, il y a ceux que nous entretenons à grands frais, pour faire précisément ce dont leurs malheureux camarades sont devenus incapables. C'est une compensation.

Jusqu'où ne trouverions-nous pas des exemples de cruauté cent fois moins excusables que la vivisection, et méritant toute la pitié ou toute la colère des zoophiles ? Un bourreau impitoyable, que je m'empresse de leur signaler, et qu'une légende habilement entretenue, nous présente comme un modèle de douceur et de tranquillité, c'est le pêcheur à la ligne.

Non-seulement il inflige à ses victimes les blessures de l'hameçon, engin meurtrier emprunté à l'arsenal des tribus les plus sauvages, mais pour s'emparer de sa proie,

Enfin, si les eaux sulfureuses fortes me paraissent absolument contre-indiquées, les eaux sulfureuses faibles et arsenicales comme celles de Saint-Honoré, et surtout les eaux simplement arsenicales comme celles du Mont-Dore, ont toujours produit d'excellents résultats par suite de leurs propriétés sédatives et décongestionnantes.

Tels sont les principaux faits qui établissent la réalité des hémoptysies et congestions pulmonaires arthritiques ; ils ajoutent encore quelques détails au chapitre à peine ébauché des *pseudo-tuberculoses.*

Ils montrent surtout qu'en matière de diagnostic et de pronostic, les hémoptysies ont été assez mal connues, et qu'en traitant jusqu'ici les malades comme tuberculeux, on a commis une faute réellement grave. Ils nous révèlent une fois de plus, s'il en est besoin, l'importance qui doit s'attacher toujours à l'étude de l'arthritis considéré comme *diathèse congestive.*

BIBLIOTHÈQUE

Recherches expérimentales sur la tension des cordes vocales (Experimental Researches on the tension of the vocal bands), par M. le docteur Hooper (de Boston). New-York. Putnam's Sons; 1883.

Les recherches ont été poursuivies avec persévérance par leur auteur, dans le laboratoire de physiologie de l'Université de Harward, à Boston, en collaboration avec M. Bowditch. A l'aide de la méthode graphique, M. Hooper a pu déterminer expérimentalement le rôle du cartilage cricoïde, du muscle crico-thyroïdien et de la pression de la colonne aérienne dans les actes de la phonation.

Parmi les conclusions importantes de ce travail, la mobilité du cartilage cricoïde paraît démontrée. Le muscle crico-thyroïdien, prenant son point fixe sur le cartilage thyroïde, sur lequel il s'insère, met le cricoïde en mouvement par sa contraction. Enfin, la colonne d'air, comme en témoignent les mensurations manométriques de sa pression, contribuerait efficacement et directement à provoquer la tension longitudinale des cordes vocales. Ne pourrait-on trouver une confirmation de ces faits dans les résultats obtenus par la méthode nouvelle d'éducation des sourds-muets? On sait, en effet, qu'au moyen d'exercices respiratoires méthodiques et d'inspirations profondes, on apprend à ces malades à produire des sons dont l'articulation dépend des mouvements

---

quelles hécatombes de petits êtres sympathiques que le pêcheur empale sans pitié sur son fer recourbé! S'il se livre à la pêche au vif, ce sont des gougons, des gardons, des ablettes qu'il tient suspendus tout vivants, au bout de son gibet en crin de Florence; ces pauvres innocents, si précieux pour la friture, se débattent affreusement devant l'ennemi qui vient les dévorer, et chacun de leurs mouvements retourne dans leurs chairs le harpon que le pêcheur y a savamment planté. N'y a-t-il pas de quoi frémir, quand on pense que ces choses-là se passent tous les jours, en plein xixe siècle, et quand on se représente le large chapeau de paille et la perfide bonhomie sous lesquels les pêcheurs à la ligne dissimulent leurs atrocités ?

Sans aller même jusqu'à la pêche au vif, qui est déjà du grand art dans le domaine de la pêche à la ligne, le ver de terre, le ver de vase et l'humble asticot n'ont pas un sort moins funeste, et c'est tout vivants aussi qu'ils doivent être embrochés, sans quoi ça ne mord pas.

Ainsi, partout le meurtre, la mutilation, la torture, sans compter la chasse à courre, le tir aux pigeons, le homard précipité avec toute sa connaissance dans le court bouillon et le lapin écorché vif.

Je m'estimerais heureux que cette énumération très incomplète de nos mauvais traitements envers les animaux fît naître un nombre égal de sociétés pour les réprimer. Au moins, dans la quantité, les vivisecteurs auraient l'espoir de passer inaperçus et de poursuivre un labeur dont la fécondité serait puérile à démontrer.

Si on avait empêché Galvani d'écorcher des grenouilles, l'électricité serait peut-être encore à découvrir.

Je me défie instinctivement de tous les sentiments généreux qui s'exploitent, comme

des lèvres et des parois buccales. Ce mémoire fait honneur à M. Hooper, et témoigne de l'activité laborieuse des physiologistes du laboratoire de l'Université de Harward et de l'estime que méritent leurs travaux. C. Éloy.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

XIIe Session a Rouen, du 16 au 23 août 1883.

La section des sciences médicales a été cette année des plus calmes; pas de grandes discussions, à peines quelques observations à propos de certaines communications, mais en revanche, beaucoup de faits particuliers à l'ordre du jour. Comme les années précédentes, on a eu grand'peine à épuiser celui-ci, et il aurait fallu remettre la suite à l'année prochaine sans la fermeté du président, qui obligeait les orateurs à se renfermer dans les dix minutes réglementaires, et sans les deux séances supplémentaires qui ont eu lieu. Je sais bien que les dix minutes on été grandement prolongées pour MM. Bouchut, Verneuil, Aug. Voisin, Ollier et Tessier (de Lyon), Duménil (de Rouen), etc., mais personne n'a songé à s'en plaindre.

De l'avis de tous, la pièce de résistance de notre section a été la leçon magistrale de M. Verneuil sur l'auto-inoculation traumatique. Notre cher maître entend par ce terme la pénétration, dans l'économie, à la faveur d'une plaie, d'un virus, d'un germe que le sujet portait sur lui ou en lui, mais qui jusqu'alors y avait été toléré.

Les virus peuvent occuper sur l'homme différents sièges, la surface de la peau, la surface des muqueuses, les interstices cellulaires, les vaisseaux. Tant qu'ils restent dans les milieux qui leur sont propres, ils sont tolérés, mais ils provoquent des accidents dès qu'ils viennent à en sortir. Par exemple, les individus malpropres et qui habitent les endroits à microbes, salles d'hôpital, amphithéâtres, etc., s'inoculent, quand ils se blessent, la pyohémie, la septicémie et l'érysipèle, parce que leur tégument est couvert des microbes capables d'engendrer ces affections lorsqu'ils sont inoculés dans le tissu cellulaire. Les microbes pullulent dans l'intestin et y restent à l'état d'innocuité, d'indifférence; mais qu'une solution de continuité les fasse pénétrer dans le péritoine ou dans le tissu cellulaire péri-abdominal, ils y provoquent aussitôt des inflammations terribles. De même, les microbes du sang sont très nombreux, mais ils y restent également à l'état d'indifférence; qu'on vienne à leur ouvrir la porte, ils agissent de différentes manières : les uns localement, comme les hydatides à la suite des fractures; les autres à distance, comme les bacilles tuberculeux; les autres enfin d'une manière générale, comme les microbes de la septicémie dans l'expérience du mouton bistourné de M. Chauveau.

Toutes ces fonctions différentes des microbes suivant leur nature, la différence du

---

le guano et les phosphates, par la fondation de Sociétés, où se décernent, moyennant une cotisation annuelle, des brevets d'humanité, de tempérance et de toutes les vertus.

Si les anti-vivisecteurs ont véritablement l'horreur du sang et de la douleur, je vais leur offrir un moyen de le prouver : qu'ils renonçent une bonne fois à l'exercice et aux prérogatives de la paternité, afin de soustraire la femme à ces dramatiques épreuves de la parturition, qui sont bien la plus laborieuse et la plus impitoyable des vivisections.

Lubanski.

Pilules apéritives. — Lusk.

Extrait d'aloès succotrin.	1 gr 20 centigr.
Rhubarbe pulv.	0 gr 60 centigr.
Extrait de noix vomique.	0 gr 30 centigr.
Extrait de taraxacum	1 gr 80 centigr.

F. s. a. 20 pilules. — Une pilule, une heure avant chacun des deux principaux repas pour stimuler l'appétit. — N. G.

milieu, l'état de l'organisme, qui par sa constitution est préparé ou non à les recevoir et à favoriser leur développement ou à les rejeter, à les détruire, n'ont été qu'indiquées par M. Verneuil; elles eussent exigé de longs développements que le temps ne lui permettait pas de donner à Rouen. Nous espérons lire bientôt le travail complet qu'il nous a promis, et qui nous paraît destiné à jeter une vive lumière sur les différents modes d'action des virus, la pathogénie et le traitement des maladies virulentes. Ce sera, en tout cas, une confirmation éclatante des doctrines pastoriennes et darwiniennes appliquées à la chirurgie.

Comme contre-partie à ce discours, il faut citer celui de M. Béchamp sur les microzymas, le choléra et les quarantaines. Les idées de l'éminent doyen de la Faculté catholique de Lille sur ce sujet sont trop connues pour que nous ayons besoin de les rappeler, et nous avons pu regretter une fois de plus, en l'écoutant, que l'entente n'ait pu se faire encore entre le microzyma et le microbe. La chose serait pourtant facile, ai-je ouï dire autour de moi, si M. Béchamp étudiait les germes comme M. Pasteur a étudié les virus. Personne, au surplus, n'a relevé la profession de foi de M. Béchamp disant « les théories microbiennes ne sont pas scientifiques », tout le monde paraissant convaincu qu'il était inutile de discuter ce point.

M. Nepveu a ajouté une notion très importante à celles qu'on possédait sur les migrations des microbes. Dans quatre cas d'étranglement interne par cancer de l'intestin, par brides, etc., il a trouvé dans la sérosité péritonéale sortie de l'abdomen au moment de la gastrotomie, des cercomonas intestinales. Il en résulte pour lui que dans les cas pathologiques, sans rupture de la paroi intestinale, des éléments figurés peuvent traverser cette paroi, que ce sont eux probablement qui causent les accidents inflammatoires lorsqu'on ne nettoie pas suffisamment la cavité ouverte; et, en outre, qu'il faut faire ce lavage avec les liquides antiseptiques aussi bien en cas de kélotomie pour hernie étranglée que dans les cas de gastrotomie pour étranglement interne.

Les idées de M. Verneuil touchant les rapports de la chirurgie avec les états constitutionnels ont paru plusieurs fois à l'ordre du jour de nos séances. C'est d'abord à propos de l'observation de M. Picqué, relative à la suppuration d'un foyer sous-cutané chez un hépatique, dont nous avons parlé dans notre précédent article, et qui a fait sortir des cartons de M. Duménil une observation analogue ; puis une observation non moins intéressante de M. Cerné, touchant une gangrène spontanée des extrémités survenue chez un phosphaturique ; puis la communication, par le soussigné, d'une observation de Daza Chacon, recueillie en 1562, traduite par M. Guardia, mais dont la signification avait échappé jusqu'alors à ceux qui l'avaient lue. Il s'agit, comme on le verra plus tard dans ce journal, d'un rappel de fièvre intermittente chez un ancien paludique à la suite d'une chute, et de l'apparition d'un *érysipèle soudain*, à la suite de l'exploration d'une plaie putride.

Enfin je dois mentionner encore une observation de M. Cauchois concernant un fibrome de l'orbite devenu sarcomateux au bout de plusieurs années lorsque la malade fut atteinte d'un sarcome de l'utérus, et suivie de considérations sur les lieux de moindre résistance et la transformation des tumeurs bénignes en tumeurs malignes. Les fibromes purs de l'orbite étant très rares, M. Duplouy a cru bon d'ajouter au fait de M. Cauchois la relation d'un fait analogue observé chez un malade qu'il avait opéré il y a longtemps et qui est resté guéri.

La communication de M. Cerné sur la phosphaturie a soulevé une discussion intéressante sur les liens de parenté qui existent entre les divers diabètes : glycosurie, phosphaturie, inosurie, oxalurie. Ces divers états de l'urine peuvent se faire place les uns aux autres, disparaître momentanément pour reparaître à la moindre occasion, et tromper les cliniciens qui croient avoir affaire à un malade exempt de toute tare de ce chef, parce qu'ils ont examiné l'urine dans une de ses périodes de transition. M. Verneuil a surtout insisté sur ce point ; il pense, ainsi qu'il l'a déjà dit maintes fois, qu'il n'y a pas de gangrène sans cause interne, à part celle qui succède à des blessures spéciales comme le broiement d'un membre, la rupture des gros vaisseaux, etc.; que cette cause est révélée par l'état des viscères et des *excreta*; que, quand on se donne la peine de chercher non pas une fois, mais à plusieurs reprises, à divers moments de la journée, il est rare de ne pas trouver le diabète ou un de ses succédanés, quand il y a une déviation phlegmasique ou gangréneuse dans la marche du processus local.

A son tour, cette discussion sur les urines a provoqué la communication de travaux sérieux de M. Jolly, sur le rôle des phosphates dans nos tissus et de leurs modifications ; de M. Buret, sur les variations des chlorures de l'urine dans certaines maladies aiguës; enfin de M. Maurel sur les différences de coloration que subit la liqueur cupro-potas-

sique lorsqu'on y verse un liquide renfermant de l'albumine normale ou de l'albumine pathologique.

La médecine opératoire a fait l'objet de plusieurs communications importantes. Nous avons déjà signalé celle de M. Duplouy relative à l'ablation d'un enchondrome très volumineux de l'humérus. Nous nous arrêterons davantage à la véritable leçon que M. Ollier a faite sur la néphrectomie.

L'éminent chirurgien de Lyon a pratiqué trois fois cette opération; une fois pour un volumineux sarcome du rein, chez un enfant de 4 ans 1/2. Le diagnostic avait été fait de bonne heure, et l'ablation proposée à ce moment avait été refusée par les parents, qui la demandèrent ensuite, alors qu'il était presque trop tard. Néanmoins elle fut faite assez facilement, sans hémorrhagie; le malade était bien revenu du chloroforme, lorsque dans la journée il fit un effort pour prendre un objet sur la tablette de son lit, et retomba mort.

La seconde fois, il y eut erreur de diagnostic; on croyait avoir affaire à un kyste de l'ovaire, comme cela est arrivé dans un grand nombre de cas de néphrectomie pour kyste du rein ou hydronéphrose; le diagnostic ne fut fait qu'après l'ouverture de l'abdomen. L'opérée mourut au bout de trois jours.

Dans le troisième cas, l'ablation du rein fut faite pour une pyélonéphrite avec fistule lombaire intarissable. La malade, âgée de 22 ans, était en bon état. M. Ollier alla à la recherche du rein par la fistule, trouva l'organe enveloppé d'une atmosphère de tissu induré, et ne pouvant séparer la capsule rénale de son entourage, préféra décortiquer le rein de sa capsule, ce qui se fit sans la moindre difficulté. Dans les remarques dont il a fait accompagner sa communication, M. Ollier a beaucoup insisté sur la nécessité de restreindre les indications de la néphrectomie; cette opération lui paraît inutile dans les cas de rein flottant, dans les cancers étendus, dans les kystes; mais elle est bonne pour la pyélonéphrite, quand l'état général du sujet n'est pas trop détérioré.

Le résumé que M. Duménil (de Rouen) nous a fait de vive voix d'un mémoire sur la colotomie lombaire pour remédier aux fistules vésico-intestinales, a été écouté aussi avec grand intérêt. Cette affection grave déconcerte un peu les chirurgiens, car parfois elle guérit seule, et dans aucun cas leur intervention n'a amené une guérison absolue. M. Duménil propose différents moyens, entre autres la recherche de l'orifice intestinal dans la vessie, qui n'ont pas paru plus efficaces que les autres, et qui en revanche sont peut-être plus dangereux encore. Il fait remarquer avec justesse qu'une des difficultés de la colotomie lombaire a pour cause la présence fréquente d'un méso-côlon en ce point, et d'une anse d'intestin grêle entre l'S iliaque et la paroi lombaire. En outre, sa critique de la statistique d'Erckelens, à qui il reproche de ne citer ses faits que de seconde main, et d'avoir ainsi mis dans ses tableaux plusieurs fois le même fait, est très exacte.

Nous devons mentionner encore le travail de M. Gouguenheim sur les indications et les résultats de la trachéotomie nécessitée par les lésions tuberculeuses du larynx; celui de M. Beauregard, du Havre, sur l'ostéotomie pour remédier au *genu vulgum* chez les enfants, et les résultats obtenus au moyen de cette opération dans différents cas de maladies articulaires et osseuses, résultats communiqués déjà à la Société de chirurgie il y a quelques mois; celui de M. Redard, de Genève, sur la greffe dentaire et les modifications qu'il a apportées à cette opération, savoir : résection de la racine avec la scie, lavage et curage de la cavité alvéolaire, abandon du drainage après l'opération; celui de M. Bergeon sur les injections médicamenteuses dans la trachée à l'aide d'une seringue de Pravaz, enfoncée directement dans ce conduit au cou; une courte communication de M. Duplouy sur un moyen propre à faciliter l'anesthésie dans les opérations antémaxillaires; enfin une nouvelle revendication de M. Henri Henrot en faveur du taxis abdominal dans le traitement de l'étranglement interne. M. Verneuil a fait remarquer à ce sujet combien il était difficile de saisir les indications de la malaxation de l'abdomen; il s'est élevé contre l'abus du taxis, et a rappelé que ce moyen, si puissant dans de bonnes mains, est très nuisible dans des mains inhabiles.

En pathologie chirurgicale pure, nous avons à enregistrer une belle observation de M. Gaurand sur un anévrysme de l'orbite guéri spontanément; le sujet étant mort plus tard d'une autre affection, l'exactitude du diagnostic fut confirmée par l'autopsie; une autre de bifidité congénitale du gros orteil, par M. Cerné; une note de M. Th. David sur une déformation de la voûte palatine (atrésie et exagération de la profondeur) chez les sujets atteints de végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne; enfin, une communication de M. Nicaise sur un mode de formation des kystes dermoïdes. On sait que ces kystes sont le plus souvent le résultat d'une inclusion cutanée datant de la soudure des fentes branchiales; mais, dans certains cas, la sécrétion de cette portion de peau donne lieu, en dehors du siège de l'inclusion, à un véritable kyste par refoulement

des tissus et formation d'une paroi cellulo-fibreuse. Parfois le kyste est assez éloigné même du siège de l'inclusion; le canal de communication s'est oblitéré, et il ne reste plus entre les deux qu'un cordon fibreux plus ou moins visible.

M. Prunières, l'infatigable fouilleur des grottes préhistoriques de la Lozère, nous a présenté comme d'habitude plusieurs pièces fort curieuses de la chirurgie préhistorique, entre autres une fracture consolidée de l'axis qui n'avait laissé qu'un très petit espace pour la moelle. On se demande comment le troglodyte qui portait cette lésion a pu y survivre, et surtout en guérir. Mais la pièce est là, qui lève toute incertitude à cet égard.

(A suivre.) L.-H. PETIT.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. P. DUCHARTRE présente, de la part de M. B. Renault, une note pour servir à l'histoire de la formation de la houille.

Lorsqu'on réduit en lames minces et transparentes des fragments de houille pris au hasard, on ne distingue généralement dans les préparations aucune trace d'organisation végétale; parfois seulement quelques débris de trachéides rayées et ponctuées, quelques groupes peu importants de cellules diverses apparaissent au milieu du charbon devenu jaune brun en laissant tamiser la lumière.

Il n'en est plus de même si l'on opère sur des fragments choisis à la loupe et présentant à leur surface, sous un éclairage convenable, des indices d'organisation; l'intérieur peut alors être soumis utilement à l'examen microscopique.

La houille offrant ce caractère extérieur favorable se trouve assez fréquemment sous forme de rognons dans les parties un peu argileuses du combustible exploité ou même constitue des bancs d'une notable épaisseur dont les feuillets montrent à la surface, soit des empreintes variées de feuilles, soit des cicatrices corticales de Sigillaires, Lépidodendrons, etc.

J'ai signalé autrefois (1) la structure conservée de certains fragments de jayet trouvés dans les chistes de Polroy, près Autun, et celle de feuilles de *Cordaïtes* de Saint-Etienne; depuis lors, sur l'invitation de M. Fayol, l'habile directeur des houillères de Commentry, j'ai examiné de nombreux fragments de houille recueillis, soit au milieu même des couches exploitées, soit autour du moule interne de troncs variés, et dans presque tous les cas j'ai rencontré une structure conservée.

Dans cette première Note il ne sera question que de quelques-uns de ces troncs dont le nombre *dépasse* deux cents et qui tous ont été relevés et cotés avec soin par M. Fayol.

Les uns sont couchés horizontalement ou inclinés, les autres sont debout, tous possèdent une enveloppe de houille noire, brillante, se conduisant avec les réactifs comme la houille ordinaire, et dont l'épaisseur suivant les troncs, varie de $0^m,002$ ou $0^m,003$ jusqu'à $0^m,05$ et $0^m,06$.

Quelle que soit leur position, ils sont cimentés par un grès fin, argileux, blanc jaunâtre, non imprégné de houille ou de bitume, isolés les un des autres et éloignés des veines de charbon en exploitation.

La houille qui les recouvre ne peut donc provenir d'une infiltration quelconque et résulte de la transformation même des tissus végétaux.

Des préparations faites dans des directions choisies montrent une conservation inespérée, le bois et l'écorce présentant encore la plupart de leurs éléments caractéristiques.

Grâce à cette conservation, j'ai pu rapprocher un certain nombre d'entre eux de ceux que l'on rencontre à l'état silicifié, mais fragmentaire, dans les gisements d'Autun et de Saint-Etienne et, par suite, compléter l'étude de ces derniers par celle de troncs actuellement connus extérieurement sur une longueur de 8^m à 10^m.

Un fait important découle de la comparaison des organes élémentaires des tissus selon qu'ils sont transformés en houille ou bien suivant qu'il sont conservés par la silice ou le carbonate de fer: c'est celui de la diminution des éléments convertis en houille sur toutes leurs dimensions.

En effet, sur une coupe transversale d'*Arthropitus bistriata*, les trachéides se présentent serrées les unes contre les autres; un mince filet plus clair qui les sépare permet de les

(1) *Cours de Botanique fossile*, p. 15 et 89, 1880, où je fais remarquer que l'épaisseur d'une feuille de Cordaïte transformée en houille est en moyenne $0^{mm},07$, tandis que celle de la même feuille silicifiée varie de $0^{mm},5$ à $0^{mm},7$.

distinguer avec un grossissement de 200 diamètres. Sous la pression lente, mais continue, des terrains d'alentour, leurs parois latérales, celles qui portent les ornements rayés, sont venues se toucher, et, la cavité interne disparaissant, leur section actuelle est une ellipse aplatie à contour sinueux.

Sur une coupe longitudinale radiale, c'est-à-dire faite dans le sens où la trachéide présente *maintenant* la plus grande largeur, cette dimension atteint la moitié ou les deux tiers à peine de celle d'une trachéide semblable prise dans un échantillon silicifié; en outre, sur une *même* longueur, le nombre des ornements rayés est dans le rapport de 3 à 2. La première s'est donc raccourcie d'un tiers environ.

Dans un échantillon d'*Arthropitus gallica* dont le bois est *partie* carbonaté, *partie* converti en houille, on compte sur une longueur des trachéides de 1/10 de millimètre, quatorze raies dans la région transformée en houille et dix seulement dans celle qui est carbonatée; le rapport des correspondantes des trachéides est 1 à 2.

L'analyse chimique d'une houille provenant *uniquement* de bois de *Cordaïte,* d'*Arthropitus,* dans lequel il n'y a aucun organe sécréteur, de *Sigillaires,* celle au contraire qui a été produite par la partie subéreuse des écorces de *Syringodendron, Lepidodendron,* etc., ou bien encore de celle qui résulte de l'agglomération de racines serrées les unes contre les autres de *Psaronius,* ne peut manquer d'offrir un grand intérêt, si elle montre que la composition de la houille est liée à celle des éléments d'où elle dérive.

De ce qui précède il résulte:

1° Que, dans beaucoup de cas, la houille ne peut provenir que de la transformation sur place des éléments qui constituent les végétaux et dont elle a conservé la figure;

2° Que le bois, aussi bien que l'écorce, a contribué à la formation de la houille;

3° Qu'en se convertissant en houille, les éléments organiques, cellules, trachéides, ont diminué de grandeur sur toutes leurs dimensions dans un rapport que l'on peut déterminer et dépendant de la densité primitive de la matière organique constituante.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale, parmi les pièces imprimées de la Correspondance, une réimpression de la « Théorie mathématique des phénomèmes électrodynamiques, uniquement déduite de l'expérience, par *André-Marie Ampère* ».

Cette réimpression vient d'être effectuée par la librairie A. Hermann.

M. VULPIAN adresse à M. le Secrétaire perpétuel une observation relative à un passage de la communication récente de M. V. Burq, *sur l'emploi du cuivre comme préservatif contre le choléra.*

« Trouville-sur-Mer, le 19 août 1883.

« M. V. Burq a communiqué à l'Académie des sciences, dans la séance de lundi dernier, un travail dans lequel je lis cette phrase (*Comptes rendus,* 13 août 1883, p. 483): « En ce moment même, d'après ce qu'aurait dit M. le professeur Vulpian, à Mékong, dans le delta du Gange et en Egypte, les officiers français et anglais se préservent par le cuivre. »

M. V. Burq a puisé sans doute cette information dans un journal politique qui m'a attribué, par erreur, une partie de l'article consacré par un de ses rédacteurs à l'étude des moyens de se préserver du choléra. C'est ce rédacteur qui m'a fait connaître ce qu'on lui avait dit de certaines pratiques préventives mises en usage en Cochinchine, dans l'Inde et en Egypte; quant à moi, je n'en avais jamais entendu parler auparavant.

Je ne veux prendre aucune responsabilité, en ce qui concerne l'utilité du cuivre dans le traitement préservatif du choléra. Cette utilité me paraît bien douteuse: si le cuivre avait une efficacité réelle, il est probable qu'elle aurait été mise en évidence depuis longtemps, dans tous les pays où le choléra a sévi et surtout dans les parties de l'Inde où cette maladie est endémique.

Je ne vois cependant aucun inconvénient à ce qu'on fasse, *avec sagesse,* des essais de traitement préventif à l'aide du cuivre, à la condition toutefois qu'on ne se laisse pas entraîner par une confiance trop grande dans un moyen probablement chimérique, à laisser de côté les prescriptions hygiéniques qui doivent tenir le premier rang, pour le moment, dans la prophylaxie du choléra. »

La crémation et le rapport de M. Brouardel au Conseil d'hygiène du département de la Seine.

La question de la crémation des corps vient de subir un échec devant le Conseil d'hygiène publique du département de la Seine. On sait qu'en prévision d'une invasion possible de Paris par l'épidémie cholérique, plusieurs de nos édiles auraient voulu installer dans les cimetières des fours crématoires et essayer d'introduire cette coutume dans nos mœurs. Le savant rapport de M. le docteur Brouardel fait justice de cette ten-

tative, et il faut l'en remercier; le Conseil d'hygiène s'est empressé d'approuver, dans la séance du 17 août dernier, les sages conclusions de l'éminent professeur de médecine légale de la Faculté de Paris.

M. Brouardel avait été prié d'examiner si en temps d'épidémie, et surtout d'épidémie cholérique, il y aurait utilité à autoriser la crémation des cadavres. Non, répond M. Brouardel, parce que les intérêts de la justice et ceux, tout aussi graves, des personnes injustement inculpées d'avoir commis une intoxication, seraient compromis par l'adoption de la crémation surtout pendant une épidémie cholérique.

Et d'ailleurs, au point de vue de l'hygiène publique, la crémation des cadavres devrait être précédée de manipulations nombreuses. Ces manipulations sont-elles donc exemptes de dangers? N'exposent-elles pas à la contagion jusqu'au moment où le corps est introduit dans les appareils crématoires? Les causes de contagion ne sont-elles, dans ce cas, pas plus redoutables, parce qu'elles sont plus multipliées que pendant l'inhumation rapide des corps?

Ces objections perdent de leur valeur, quand il ne s'agit que de l'incinération des débris de cadavres provenant des amphithéâtres d'anatomie. Une commission du Conseil de salubrité, composée de MM. Brouardel, Legouest, Goubaux, Péligot, etc., etc., est chargée de rédiger un rapport à ce sujet. Nous en ferons connaître les conclusions; mais la crémation des corps ayant servi aux études anatomiques sera probablement adoptée seulement à titre d'essai. — L. D.

Un hôpital à Bucharest.

L'hôpital Xénocrat, de Bucharest, est situé sur l'emplacement de la demeure habitée naguère par la famille des Xénocrat. Il en porte le nom, car il a été élevé par la générosité des deux frères, membres de cette famille, qui léguèrent leur fortune pour construire cet établissement. Il est destiné aux malades indigents, ayant auparavant possédé une certaine aisance et, malgré leur pauvreté, conservant encore le souvenir de ce passé. Cet établissement philanthropique reçoit d'ailleurs des dons du docteur Kinazi, neveu des Xénocrat, et héritier de leurs sentiments d'humanité.

L'installation de cet hôpital, dont notre estimé confrère, le docteur Stephanesco, vient de publier une description sommaire, est certainement celle d'un hôpital modèle. Situé au milieu de magnifiques jardins, il comprend deux divisions, l'une pour les hommes, l'autre pour les femmes. Trois salles reçoivent les malades, dans lesquelles les lits sont de 20 pour les hommes et de 12 pour les femmes; à chaque salle est adjointe une chambre d'isolement avec trois lits.

La ventilation est bonne; chaque salle possède un mobilier conforme aux prescriptions de l'hygiène moderne, et, disposition qui, malgré son apparence modeste, a cependant son importance, une sonnerie électrique placée au chevet de chaque lit permet au malade, en cas de nécessité, d'avertir facilement la sœur de charité. Le service des bains est pourvu d'un appareil hydrothérapique complet. Enfin le régime alimentaire est en rapport par son excellence avec la perfection de ces dispositions matérielles.

Pendant l'année 1882, le nombre des journées d'hôpital a été de 7,700, celui des décès, de 6. Les affections les plus fréquentes étaient la syphilis (accidents secondaires), la blennorrhagie, les adénites inguinales, le rhumatisme, les fièvres intermittentes, les métrites. La tuberculose pulmonaire n'a été constatée qu'une seule fois, mais on a observé plusieurs cas de pneumonies caséeuses. Dix-neuf opérations chirurgicales, parmi lesquelles trois amputations des membres, ont été pratiquées et toutes suivies de succès.

Ces excellents résultats démontrent donc une fois de plus les avantages des petits hôpitaux, et font autant d'honneur au médecin en chef si distingué de cet établissement qu'à ses bienfaiteurs. Ils témoignent enfin des progrès de l'hygiène hospitalière à Bucharest et de l'infatigable activité scientifique de notre estimé confrère, le docteur Stephanesco, auteur de l'excellent mémoire auquel nous empruntons les détails de cette organisation. — Ch. Eloy.

Nous venons d'assister à une bien triste cérémonie. Notre confrère, M. le docteur Worms, a eu la douleur de perdre sa fille, Mme Francfort, emportée en quelques jours à la suite d'un terrible accident, un coup de revolver tiré imprudemment à côté de la jeune femme. En présence de ce deuil si imprévu et de ce malheur irréparable, nous tenons à exprimer ici à notre confrère nos plus affectueuses sympathies.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

A propos de la méthode de Brand.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 11 mai 1883,

Par le docteur Féréol, médecin de l'hôpital de la Charité.

Il était naturel que la longue et brillante discussion qui vient de se terminer à l'Académie de médecine eût son écho parmi nous; il ne nous est pas interdit d'espérer que, nous aussi, nous pourrons contribuer à la solution de quelques-uns des grands et difficiles problèmes qui obscurcissent encore l'histoire de la fièvre typhoïde. Parmi ces questions, celle du traitement est peut-être celle qui a le plus droit aux préoccupations de la Société médicale des hôpitaux; et puisque M. Dumontpallier nous a fait part de ses intéressantes recherches sur la méthode de la réfrigération qu'il étudie à sa manière, avec des appareils spéciaux, je demande à la Société la permission de reprendre très brièvement devant elle la question de la méthode de Brand; je lui promets de ne pas abuser de sa patience. Tout a été dit pour ou contre cette méthode; je veux seulement chercher ce qui ressort de cette controverse, s'il est vrai que la thérapeutique de Brand y a reçu le coup de la mort, et que ce soit une question enterrée, sur laquelle il n'y a plus à revenir.

Tout d'abord, je crois qu'il faut écarter de la discussion les microbes et la théorie de la fermentation. Ce sont là des points délicats, encore ignorés, ou du moins à l'étude; je n'en méconnais ni l'importance ni l'attrait, mais ils ne peuvent que compliquer la question, sans l'éclairer, puisqu'ils sont encore eux-mêmes à l'état d'hypothèses et de vues théoriques. Tant que le microbe de la fièvre typhoïde n'aura pas été reconnu, isolé, cultivé, inoculé, il nous est interdit de nous appuyer sur son existence pour chercher à le détruire. Je déplore donc que la question de l'efficacité de la méthode de Brand ait été mêlée et en quelque sorte subordonnée à l'existence du microbe et à la théorie de la fermentation. Je ne dis pas que Brand ne soit pas parti de cette idée pour formuler sa thérapeutique. Mais que nous importe? La question pour nous, cliniciens, n'est pas là. Elle est tout entière dans le point de fait. Est-il vrai, oui ou non, que la réfrigération pratiquée suivant les préceptes de Brand donne de meilleurs résultats que toute autre médication dans le traitement de la fièvre typhoïde? Tout est là, pour nous. Tâchons de fixer d'abord ce point. Si nous arrivons à le résoudre par l'affirmative, il restera à chercher l'explication du fait. Alors le champ sera ouvert aux hypothèses, aux théories. Mais voyons d'abord le fait. Est-il possible de l'établir?

Il faut bien l'avouer, au milieu des opinions contradictoires il n'est pas très facile de se faire une opinion.

L'imposante manifestation de l'école de Lyon, qui est comme un corollaire de la pratique en faveur aujourd'hui dans l'armée allemande, ne laisse pas que de faire une certaine impression tout d'abord; mais la réprobation générale, presque universelle de l'école de Paris, l'ardeur et l'énergie du blâme, la haute situation et l'autorité des opposants sont bien faites pour jeter dans une grande hésitation.

Cependant, si tout le monde s'accorde dans l'école de Paris pour honnir et condamner les bains froids coup sur coup, l'entente n'est plus la même quand il s'agit de leur préférer quelque chose; et je vois l'école se partager ici en deux camps : dans l'un, on cherche le spécifique, que ce soit le sulfate de quinine et l'alcool, ou l'acide salicylique, ou l'acide phénique, et

on se déclare partisan de la médication systématique, avec plus ou moins de tempérament; dans l'autre, on rejette toute médication systématique, on fait la thérapeutique des symptômes, ou l'expectation armée, ou pure.

A l'appui de ses préférences, chacun apporte sa statistique; et, chose remarquable, ces statistiques sont tellement analogues, ou peu s'en faut, dans la bonté de leurs résultats, que l'embarras augmente encore, et qu'on serait tenté, s'il fallait se prononcer entre toutes ces méthodes, de choisir au hasard.

Cependant, malgré tout, l'ennemi fait toujours des progrès; et la mortalité totale de la fièvre typhoïde va toujours en augmentant, du moins chez nous.

En face de ces perplexités, je vous dois, moi aussi, ma confession; car vous avez le droit de me demander comment, depuis 1876, je me suis trouvé de la méthode des bains froids dont j'avais pris alors la défense avec l'aide de mon regretté collègue et ami Maurice Raynaud. Eh bien, Messieurs, je dois l'avouer, j'ai quelque peu déserté la cause.

Et ici, permettez-moi de remarquer combien certains esprits sceptiques ont tort de penser (et je l'entendais dire hier encore), qu'il ne sort jamais grand'chose de nos discussions.

La guerre qui a été faite en 1876 à la méthode de Brand dans la Société médicale des hôpitaux, a eu pour résultat d'amener un ralentissement considérable dans l'application de cette méthode à Lyon; M. Glénard nous l'a déclaré, et il en a été de même à Paris. Maurice Raynaud et moi, qui étions, avec M. Libermann, à peu près les seuls promoteurs du mouvement, nous nous sommes montrés plus timides. En revanche, il est bien curieux de voir que notre principal adversaire, le plus ardent, le plus passionné, celui qui, en 1876, se défendit comme d'une mauvaise action, d'avoir mis jamais un typhoïde dans un bain froid, j'ai nommé mon collègue et ami, le professeur Peter, est venu en 1883 à la tribune de l'Académie, après avoir lâché la bride, il est vrai, à sa verve sarcastique contre la méthode de Brand, prendre la défense de l'hydrothérapie dans la fièvre typhoïde. Certes, je ne cite point le fait comme un exemple de conversion; M. Peter n'a pas encore trouvé son chemin de Damas, et peut-être jugera-t-il que je manque aux lois de la modestie en m'imaginant que la discussion de 1876 a pu modifier en quoi que ce soit sa manière de voir.

Il est cependant bien surprenant qu'à cette époque, il n'ait pas déjà introduit dans l'un des quatre discours qu'il a prononcés ici, la distinction qu'il a faite cette année à l'Académie entre la méthode de Brand, qui, à ses yeux, constitue un acte de pure démence, et les indications de l'eau froide dans la fièvre typhoïde.

Quoi qu'il en soit, je ferme cette parenthèse, et je reviens à ma confession :

Je l'avoue donc, j'ai été quelque peu refroidi dans mon zèle par l'opposition générale de mes collègues. Et ici, Messieurs, pardonnez-moi de me mettre en cause; je n'ignore pas, croyez-le, combien le moi est haïssable. Si je me décide à vous entretenir de ma mince personnalité, j'espère que vous n'y verrez que l'effort d'une conscience qui cherche la vérité pour elle et le bien pour tous.

Donc, si vous voulez me permettre de continuer cet examen de conscience, je ne fais aucune difficulté d'avouer que je ne suis pas de ceux qui se plaisent à avoir raison contre tout le monde. Quand il s'agit surtout d'une méthode très dure en apparence, en réalité fort désagréable aux malades, et qui peut entraîner, aux yeux du public médical ou autre, une responsabilité dont on n'a pas manqué de faire ressortir toute la gravité, on aurait besoin d'encouragements plutôt que d'hostilités, tout au moins d'antagonisme. Aussi j'admire fort ceux qui, comme nos confrères de Lyon, et en particulier M. Glénard, ne se sont pas laissé intimider par la réproba-

tion générale du corps médical parisien. Pour moi, qui, j'en conviens, suis un homme de petite foi, j'ai quelque peu faibli. D'ailleurs, j'avais à mes yeux une sorte d'excuse : j'avais quitté la Maison municipale de santé où, grâce à la complaisance du directeur et à la bonne volonté des dames surveillantes, j'avais organisé le traitement d'une manière assez satisfaisante.

Dans cet établissement, je disposais de plusieurs baignoires mobiles qu'on roulait auprès du lit des malades; en outre, ces malades étaient placés dans des chambres particulières où ils étaient soit isolés, soit au nombre de 2 ou 3 au plus; j'avais établi, conformément d'ailleurs aux traditions de mon prédécesseur direct, le docteur Besnier, que dans toute chambre où il y aurait un typhoïde, il y aurait aussi une garde-malade spéciale aux frais du malade. Ces femmes s'aidaient mutuellement pour mettre les malades au bain; elles étaient dressées à prendre la température, et tout marchait sans que les infirmiers ordinaires du service eussent à se plaindre de trop de fatigues.

A Lariboisière, où je passai en quittant la Maison de santé; à Beaujon, où j'allai ensuite; à la Charité, où je suis actuellement, je ne trouvai plus les mêmes conditions; et les difficultés d'application de la méthode, qui sont, comme le dit M. Jaccoud, la seule raison qui s'est opposée pour lui à ce qu'il en fît l'essai dans son service, sont venues s'ajouter à l'impression de découragement que j'ai ressentie en voyant le peu de succès de ma campagne de 1876.

Cependant, si je n'ai pas continué à faire usage des bains froids d'une manière suivie et régulière, je m'en suis servi dans certains cas, soit à l'hôpital, soit même en ville; et j'en ai obtenu d'excellents effets, surtout quand ils étaient donnés dès le début de la maladie et avec la rigueur voulue. Je reviendrai plus tard sur ce point.

Mais, pendant ces dernières années, j'ai surtout essayé successivement les méthodes préconisées par nos collègues, particulièrement la méthode de M. Jaccoud; j'ai essayé aussi les lavements phéniqués, le salicylate de soude, l'acide salicylique même, bien que mes tentatives de ce côté n'aient pas été nombreuses, et toujours j'ai cherché le plus possible à me tenir dans la vieille tradition française des indications. Or, je ne sais à quoi cela tient, sans doute à mon insuffisance personnelle, mais je n'ai pas eu d'aussi beaux succès que mes collègues; je n'ai jamais atteint comme eux les chiffres de 14 p. 100, 11 p. 100, et je suis presque toujours resté dans un chiffre avoisinant le 19 ou le 20 p. 200 qui, d'après M. Jaccoud, représente ce qu'il appelle la mortalité naturelle de la fièvre typhoïde.

Eh bien, messieurs, pour pousser jusqu'au bout la franchise, cela ne me satisfait pas pleinement; et quand je jette un coup d'œil rétrospectif sur ma pratique hospitalière de ces six dernières années, je ne puis m'empêcher de regretter de n'avoir pas continué l'épreuve que j'avais commencée. Or, mon regret a singulièrement augmenté quand j'ai eu connaissance des importants documents que M. Bouley est venu lire à la tribune académique dans la séance du 13 mars dernier. Je veux parler des lettres qui ont été adressées à M. Glénard par M. Strube, médecin d'état-major de première classe, directeur au ministère de la guerre à Berlin. Je ne doute pas que ces lettres n'aient frappé l'attention de beaucoup d'entre vous; mais il me semble qu'on ne leur a pas accordé à l'Académie toute l'importance qu'elles méritent; et, sans vous les lire en entier, je vous demanderai la permission de vous en citer quelques passages.

« Vous verrez par ces deux circulaires, écrit M. Strube, quel est le point de vue auquel se place l'autorité supérieure militaire médicale de Prusse, relativement à la thérapeutique et à la mortalité de la fièvre typhoïde. Il en ressort que les mêmes faits se représentent chaque année, et celui-ci tout particulièrement, que les corps d'armée qui ont la plus faible morta-

lité par la fièvre typhoïde sont justement ceux dans lesquels les typhiques sont traités par la méthode hydrothérapique du docteur Brand. *Il n'y a pas de place au doute sur la supériorité de la méthode par l'eau froide.* »

Dans les deux circulaires émanant du conseil de santé de Berlin, je relève les propositions suivantes :

« La mortalité générale de la fière typhoïde dans l'armée entière s'est abaissée suivant une progression semblable à celle suivant laquelle s'est accru le nombre des médecins qui emploient le traitement de Brand par les bains froids, traitement dont, déjà en 1862, M. le médecin général d'état-major de l'armée recommandait l'expérimentation aux divers médecins de corps. C'est un fait que font ressortir avec évidence les rapports émanés jusqu'à ce jour des médecins militaires et dont la confirmation résulte de ce fait que c'est dans les corps d'armée, où, d'après le tableau indiqué ci-dessus, les résultats thérapeutiques sont le plus favorables, que le traitement méthodique par le froid est le plus régulièrement administré.....

« Les faits établis par la statistique démontrent que la mortalité moyenne de la fièvre typhoïde est graduelement tombée, de 25 p. 100 en 1865, à 8 p. 100 environ en 1882.....

« Le plus grand nombre des rapporteurs sont unanimes sur ce point que la différence de mortalité typhoïdique entre les corps d'armée et entre les hôpitaux, est essentiellement causée par la différence des méthodes de traitement.....

« La diminution générale et constante de la mortalité par fièvre typhoïde dans l'armée entière est due à l'adoption de plus en plus étendue du traitement par l'eau froide.....

« D'après l'expérience acquise jusqu'à ce jour, c'est le traitement méthodique par l'eau froide qu'on doit signaler comme le plus efficace et le plus approprié aux hôpitaux militaires.

« Quant à la question de savoir comment on pourrait arriver à une diminution encore plus grande de la mortalité typhoïque, les rapporteurs y répondent par les avis suivants : cinq rapporteurs émettent le vœu que la méthode de Brand soit introduite obligatoirement, réglementairement dans les hôpitaux militaires ; trois rapporteurs considèrent comme suffisant d'exposer les résultats avantageux de la méthode, et de la recommander par voie de l'autorité compétente ; deux rapporteurs se prononcent en faveur de cette recommandation avec le complément qu'il faut se faire un devoir de l'individualiser, de telle sorte qu'on puisse recourir à l'emploi des procédés mitigés d'eau froide ; quatre rapporteurs désirent qu'on abandonne au jugement du médecin militaire le choix de la méthode thérapeutique. »

Messieurs, quand on connaît l'armée prussienne, quand on sait comment elle est administrée, quel rôle elle joue dans l'existence de la Prusse, et quelle place elle occupe dans ses préoccupations, il est impossible que de telles déclarations ne prennent pas une importance considérable. Un pareil document doit être pour nous du plus grand poids, et, à mon sens, nous serions sans excuse de ne pas chercher à vérifier chez nous la réalité du progrès qu'il affirme chez nos voisins. Et, quand je vois le conseil supérieur de santé de cette nation presque exclusivement guerrière, et pour qui, suivant un mot connu, la vie d'un soldat poméranien vaut mieux que toutes les théories du monde, discuter la question de savoir si la méthode de Brand ne deviendra pas obligatoire et réglementaire dans l'armée, je me dis qu'il faut que cette méthode ait donné des résultats bien évidemment supérieurs à toutes les autres. En face d'un pareil argument, je trouve tous les autres bien faibles ; les objections théoriques, les oppositions de toutes natures n'ont pas manqué en Prusse ; elles ont été reproduites à la tribune de l'Académie. Le Conseil supérieur de santé a passé outre ; et sur 15 médecins qui le composent, 11 se déclarent favorables à la méthode de Brand et rédigent la circulaire qui, sans rendre cette méthode obligatoire, en fait

ressortir les excellents effets, la recommande à l'exclusion de tout autre mode de traitement, et s'en rapporte à l'éloquence des faits pour déterminer les médecins militaires à adopter cette pratique.

A suivre.

BIBLIOTHÈQUE

La Salpêtrière, son histoire de 1656 à 1790, ses origines et son fonctionnement au XVIII[e] siècle, par le D[r] Louis Boucher. Paris, A. Delahaye et Lecrosnier.

En traçant l'histoire de la Salpêtrière, sur les conseils de M. le professeur Laboulbène, l'auteur de cette excellente thèse inaugurale a suivi l'exemple donné par ce maître dans ses remarquables recherches sur l'hôpital de la Charité.

Le public et la presse médicale ont déjà fait un chaleureux accueil à toutes les productions de ce genre, qui se rattachent à l'histoire de la médecine, et qui nous invitent à ne pas laisser dans l'oubli, comme nous le faisons trop souvent, cette branche importante des connaissances médicales.

Tous les jours nous avons à regretter la négligence avec laquelle sont traitées les études historiques, en voyant se multiplier aux examens les réponses qui indiquent de la part des candidats une ignorance absolue des ouvrages et de la vie des maîtres de la science.

Nous avons nos annales, dont nous devons être fiers ainsi que des hommes qui les illustrent, et qui ont tous contribué de différentes façons à élever l'édifice de nos connaissances modernes. L'étude de M. Louis Boucher est un hommage rendu aux célébrités de notre art; elle établit la priorité des idées et des découvertes, et consacre pour ainsi dire des droits d'auteur souvent méconnus de nos jours.

La Salpêtrière a été un champ de recherches fécond pour Louis, Tenon, Pinel, Rostan, Magendie, Esquirol, Piorry, Cruveilhier, etc. Aujourd'hui, le professeur Charcot et ses élèves, d'autre part MM. Luys, Legrand du Saulle, Voisin, Moreau, soutiennent vaillamment la tâche scientifique que leur ont léguée leurs prédécesseurs. On peut dire que le nom d'école de la Salpêtrière donné au théâtre de leurs travaux et de leurs luttes est non seulement acquis à la postérité, mais encore solennellement consacré par l'opinion publique.

Ecrire l'histoire de l'hospice de la vieillesse jusqu'à l'organisation nouvelle des hôpitaux en 1790, a paru à l'auteur une tâche assez longue et assez difficile. Les transformations qu'a subies cet établissement depuis lors sont assez importantes pour donner matière à un ouvrage qui serait le complément de celui-ci.

Pour accomplir son travail, M. Louis Boucher s'applaudit de l'empressement qu'a mis M. Quentin, directeur de l'Assistance publique, à lui communiquer tout ce qui restait de l'incendie des Archives dans la malheureuse année 1871: de vieux parchemins détériorés, qui seront conservés comme des titres de noblesse. Malheureusement, ces documents constituaient peu de chose; il lui a fallu chercher dans les diverses publications de l'époque, dans les récits anecdotiques, dans les rares journaux, puis feuilleter les registres du parlement, les notes manuscrites des procureurs, particulièrement de Joly de Fleury, de Lamarre, de La Reynie, et ainsi reconstituer péniblement cette esquisse historique.

De belles gravures, communiquées à l'auteur par M. Cousin, conservateur aux Archives de la ville (hôtel Carnavalet), et reproduites par M. Fernique, enrichissent l'ouvrage de plans curieux et utiles à consulter.

Nous n'essaierons pas de conduire le lecteur à travers les quatre grandes divisions du travail de M. Louis Boucher : 1° l'origine de la Salpêtrière; 2° la Salpêtrière au XVIII[e] siècle; 3° médecins et chirurgiens de la Salpêtrière ; 4° l'administration de la Salpêtrière. Les indications sommaires que nous venons d'emprunter à l'auteur suffisent pour montrer à quels efforts soutenus, à quelles recherches attentives notre confrère a dû se livrer pour traiter avec autant de bonheur un sujet qui est loin d'être banal. Il y a dans cette monographie une somme de travail et d'intelligence fructueusement dépensée, qui ne se rencontre pas tous les jours dans une thèse inaugurale.

En terminant, nous féliciterons M. Louis Boucher de n'avoir pas hésité devant un sujet de thèse « extra-médical ». Exposer, avec des développements recueillis à la volée dans un service d'hôpital, quelque symptôme déjà connu et plus ou moins commenté, l'embellir de deux ou trois observations communiquées par un obligeant interne et qu'on intitule « personnelles », tel est un des procédés courants pour la confection de

ces mémoires officiels. M. Louis Boucher pense avec raison qu'on peut s'en départir, et que le genre de travail qu'il a choisi est « pour le moins l'équivalent » de celui-là; nous irons plus ploin, et nous lui dirons que son étude historique nous a semblé, par le fond et par la forme, sortir de l'ordinaire et mériter un sérieux éloge.

L.-G. R.

Etude clinique et expérimentale sur la transformation ammoniacale des urines, spécialement dans les maladies des voies urinaires (Ammoniuries), par M. le docteur Guiard. Paris, 1883. Coccoz.

L'étude clinique de la transformation ammoniacale des urines est un sujet presque nouveau. Il appartenait bien à un élève de M. le professeur Guyon d'en faire l'objet d'un mémoire original. D'après les doctrines de M. Pasteur, l'urine ne devient ammoniacale dans la vessie que par la présence de microbes analogues à ceux qu'on observe par la fermentation ammoniacale de l'urine exposée à l'air. Le cathétérisme pouvant devenir la cause de l'introduction de ces microbes dans la vessie était dès lors une cause de danger pour le malade. M. Guyon observait, de son côté, que la cystite joue dans l'ammoniurie le même rôle que le microbe-ferment des urines ammoniacales; de sorte que M. Guiard, en présence de ces deux théories reposant l'une et l'autre sur des faits expérimentaux, a dû poursuivre à la fois des recherches cliniques et des observations expérimentales. Aussi la conclusion pathogénique est que l'ammoniurie se produit par le concours simultané de deux facteurs : les microbes et la cystite. Mais cette dernière joue le plus grand rôle; elle prépare le terrain favorable aux microbes; car, dans la cystite expérimentale des animaux, l'urine reste acide tant qu'on empêche l'arrivée des germes de l'air. Elle devient ammoniacale par leur pénétration dans la vessie; de là le danger du cathétérisme avec une sonde chargée de ferment quand la vessie est enflammée.

Toutefois, dans les pyélo-néphrites, l'ammoniurie est rare, parce que l'urine est pauvre en urée, c'est-à-dire en matière altérable par le ferment.

Quelle est donc la valeur pronostique de cette altération de l'urine? Nulle, d'après l'auteur, et le pronostic ne possède d'autre gravité que celle des lésions; il est vrai que cet état de l'urine favorise la gravelle, les calculs phosphatiques, et dans les infiltrations urineuses, la production de la gangrène; elle ne modifie pas non plus les indications opératoires, qui sont toujours celles des lésions anatomiques. Enfin, au point de vue prophylactique, ces conclusions diminuent l'importance qu'on attachait aux précautions antiseptiques (flambage des instruments, lavages phéniqués, etc., etc.). Elles n'en démontrent cependant pas la complète inutilité pour l'emploi du cathétérisme dans les cas de cystite.

Ce mémoire fait donc honneur à M. Guiard et au maître qui l'a inspiré. Il a reçu le prix Civiale, et c'était justice. Les lecteurs ratifieront cette juste récompense de recherches dont les difficultés si grandes ont été si habilement résolues.

Ch. Eloy.

JOURNAL DES JOURNAUX

Revue des Journaux italiens.

Ephidrose. — M. le docteur Giovanni Pugliesi, assistant à la clinique médicale de l'Université de Padoue, dirigée par M. le professeur A. de Giovanni, a publié dans le nº 24 de la *Gazzetta medica italiana, provincie Venete,* une observation des plus intéressantes d'éphidrose chez un sujet offrant un type caractérisé des perturbations du système nerveux.

— *Extirpation du poumon. Etude expérimentale,* par M. le docteur Domenico Biondi. (In *Giornale internaz. delle scienze mediche,* fasc. 3 et 4, p. 248.)

Nous avons déjà signalé aux lecteurs de l'*Union Médicale* les expériences intéressantes qui ont été faites en Italie à ce sujet. Nous donnerons aujourd'hui le détail de ces opérations.

Le poumon a été enlevé en entier à 57 animaux (moutons, chiens, chats, etc.).

Sur ce nombre, la guérison a été obtenue . . . . . 30 fois.

A savoir :

Extirpation du poumon droit	23
Guéris	12
Extirpation du poumon gauche	34
Guéris	18
Extirpation des deux sommets	3
Guéris	3
Extirpation du lobe médian seul d'un poumon	1
Guéri	1
Extirpation du lobe inférieur seul d'un poumon	1
Guéri	1

Les insuccès doivent être attribués en grande partie au manque de précautions antiseptiques. On peut espérer que l'humanité profitera de ces hardiesses chirurgicales, ce serait le couronnement de l'œuvre.

— *Extirpation complète du cancer de l'utérus.* — Etude de M. le docteur Adolphe Paggi. (In *Giornale internaz. delle scienze med.*, fasc. 3 et 4, p. 286.) — C'est une monographie complète des différentes méthodes d'ablation du cancer de la matrice et la critique raisonnée de ces procédés.

L'auteur donne ensuite le relevé d'un grand nombre de ces extirpations :

91 cas par la méthode abdominale, avec 25 guérisons, 66 morts et 8 récidives, et 43 cas par la méthode vaginale, avec 25 guérisons, 18 morts et un nombre inconnu pour les récidives.

M. le docteur Adolphe Paggi donne sa préférence à une méthode mixte qui emprunte aux deux autres ses principaux temps.

— *Action physiologique et thérapeutique de la cairine,* par M. le professeur De Renzi. — La cairine est un alcaloïde dérivé de la quinoline hydratée. M. le professeur de Renzi l'a essayée dans sa clinique sur de nombreux sujets et a constaté son pouvoir antifébrile à la dose de 0,25 centigr. à 0,50 centigr.

Pour obtenir le maximum d'abaissement de la température voisin du collapsus, ce médecin n'a jamais mis plus de deux heures en donnant chaque demi-heure une dose de 0,25 ou de 0,50 centigr. de ce sel, suivant l'âge et la constitution du malade.

Sous l'influence de la cairine, le nombre des battements du pouls et les mouvements respiratoires diminuent; la sueur, les larmes, les mucosités nasales, par contre, augmentent. L'urine renferme des traces du médicament une heure environ après son absorption.

La force musculaire est en outre augmentée, ce qui a été constaté au dynamomètre.

En somme, il y a une ressemblance d'action assez frappante entre cette substance et la quinine, avec ces avantages que la cairine n'occasionne ni surdité, ni céphalalgie, ni tremblement.

— *L'audition colorée,* par les docteurs Grazzi et Pedrono. (In *Bullet. delle malattie dell' orecchio, della gola e del naso,* anno 1°, numer. 3, et in *l'Imparziale,* n° 10, p. 317.) — Par audition colorée, il faut comprendre un phénomène bizarre par lequel deux sens distincts tels que la vue et l'ouïe sont simultanément mis en activité par une excitation reçue seulement par l'un de ces deux sens. Ainsi, chez quelques individus, l'audition d'un son est accompagnée subitement d'une perception lumineuse et colorée, laquelle se reproduit identique chaque fois que le même son revient.

S'agit-il, dans ces cas, d'un phénomène physiologique ou pathologique? Les auteurs qui ont étudié la question, Nassbaumer, Bleuler et Lehman, Pouchet et Tourneux, Baratoux, etc., etc., sont loin d'être d'accord; nous avons donc cherché dans le travail de M. le docteur Pedrono si ce point controversé serait élucidé; mais, pas plus que ses devanciers, notre confrère n'a osé tranché cette question, qui reste une simple perversion sensorielle de nature inconnue.

— *Altérations pathologiques de la syphilis dans le placenta.* Communication faite à la Société médico-chirurgicale de Bologne. par M. le professeur Ercolani, dans la séance du 23 février 1883. (In *Bulletino delle scienze mediche,* avril 1883, n° 4.) — Cette étude est le complément des recherches que le savant professeur a entreprises depuis une douzaine d'années, et qu'il a déjà fait connaître en 1871. On y trouve exposées avec méthode les différentes lésions syphilitiques du placenta, l'hypertrophie, l'infiltration des cellules lymphoïdes, la dégénérescence gommeuse, les altérations des villosités du chorion, etc., etc... Un tableau de ces divers états morbides est joint au texte et en éclaire singulièrement les descriptions. Dr Millot-Carpentier.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 mai 1883. — Présidence de M. MILLARD.

SOMMAIRE. — Correspondance imprimée. — Incident à propos de la communication faite par M. Rendu dans la précédente séance. MM. Millard, Moutard-Martin, Rendu, Roques. — *Traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.* Suite de la discussion : MM. Dujardin-Beaumetz, Féréol, E. Labbé. — M. Cornil : *Rectification relative à une communication faite en 1881 sur l'anatomie pathologique de la lèpre.* — M. Gouguenheim : Présentation d'un *larynx de phthisique ayant été atteint d'aphonie.* Discussion : MM. E. Labbé, Gouguenheim.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — *Journal de thérapeutique* de Gubler. — *Journal d'hygiène.* — La *Loire médicale.* — *Annales de gynécologie.* — Le *Progrès médical.* — La *France médicale.* — La *Tribune médicale.* — *Journal de médecine.* — *Lyon médical.* — *Bulletin* de l'Académie royale de médecine de Belgique. — *Le Havre considéré sous le rapport de la Démographie et de la Constitution médicales*, par le docteur Lecadre. — *Note sur le gavage et les inhalations iodoformées*, par le docteur Davezac. — *The Symptoms and Diagnosis of malaria in Children*, par Emmett Holt.

—

A propos du procès-verbal.

M. MILLARD : J'ai reçu de M. Budin la lettre suivante, à propos de la communication faite par M. Rendu dans la précédente séance, *Sur deux cas de fièvre puerpérale survenus à l'hôpital Tenon :*

« Monsieur le Président,

« Dans la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, M. le docteur Rendu a présenté des pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'une femme accouchée par moi et morte à l'hôpital Tenon. Dans cette présentation, M. Rendu, qui a publiquement prononcé mon nom, a affirmé que cette femme avait succombé aux suites d'une rupture produite par l'un des instruments dont j'ai fait usage. C'est une erreur; j'en ai fort heureusement les preuves entre les mains. Aux allégations de M. Rendu, j'oppose les dénégations les plus formelles.

« Ne serait-il pas possible, monsieur le Président, que le bureau de la Société médicale des hôpitaux se constituât en une commission devant laquelle, assisté des conseils que j'ai choisis parmi les membres du corps médical des hôpitaux, j'apporterais mes preuves.

« Agréez, etc. « P. BUDIN. »

J'ai cru devoir prendre l'avis des membres du bureau et du conseil de famille; nos collègues ont décidé à la majorité qu'il n'y avait pas lieu de constituer une commission, qu'il était préférable de mettre cette question à l'ordre du jour et d'ouvrir la discussion en séance publique dans les formes ordinaires.

M. MOUTARD-MARTIN : Le maintien dans les salles d'accouchements de femmes atteintes de fièvre puerpérale est absolument interdit par le règlement. Permettez-moi de vous lire la discussion relative à l'article 2 du règlement concernant le service des accouchements dans les hôpitaux et chez les sages-femmes agréées. Voici ce que nous lisons dans les procès-verbaux du conseil de surveillance, séance du 23 juin 1881 :

« L'article 2 est ainsi conçu :

« Chaque service spécial d'accouchements se compose : 1° d'une ou plusieurs salles « de femmes enceintes ou en couches, renfermant un nombre de lits en rapport avec les « besoins de la circonscription hospitalière; 2° d'un service d'isolement pour les femmes « en couches malades.

« M. Moutard-Martin dit qu'il n'est pas admissible que les services d'isolement « fassent partie des services d'accouchements proprement dits. Les accouchées malades « doivent sortir des mains de l'accoucheur pour être confiées à celles des médecins. Il y « a là une séparation importante à faire : services d'accouchements aux accoucheurs; « services d'isolement, pour les accouchées malades, aux médecins. C'est, du reste, ce « qui se pratique à la Maternité. Il demande la modification de cet article, qui, selon « lui, doit énoncer clairement que les accouchées tombant malades seront transportées

« dans un pavillon d'isolement ou dans un service ordinaire de médecine, et confiées à « un des médecins de l'hôpital.

« L'article 2 est modifié en ce sens, et arrêté ainsi qu'il suit :

« Art. 2. — Chaque service spécial d'accouchements se compose d'une ou plusieurs « salles de femmes enceintes ou en couches. Les accouchées tombant malades dans le « service spécial seront transportées dans un pavillon d'isolement ou dans un service « ordinaire de médecine, et confiées à un des médecins de l'hôpital. »

M. Rendu : Je ne supposais pas que ma communication dût soulever des protestations aussi passionnées, car je me suis borné strictement à l'énoncé des faits sans les faire suivre d'aucun commentaire ; à plus forte raison ne me suis-je permis aucune attaque personnelle.

J'ai cru jusqu'à présent, et je crois encore, jusqu'à nouvel ordre, que devant notre Société la liberté d'appréciation et de discussion des faits scientifiques doit être pleine et entière. Or, voici un fait qui intéresse à un haut degré l'hygiène hospitalière, et sur lequel d'ailleurs le règlement administratif est formel. Il m'a semblé que j'avais le devoir de ne pas le laisser passer.

Ma communication n'a eu qu'un seul but, celui de montrer une fois de plus, par un exemple récent et déplorable, l'immense danger que l'on fait courir aux accouchées en laissant auprès d'elles des fébricitantes.

C'est ce qui a eu lieu à l'hôpital Tenon : pendant près de huit jours, une femme atteinte de péritonite a été gardée à la Maternité, ce qui a déterminé l'éclosion d'une fièvre puerpérale mortelle chez une autre femme.

On m'a reproché d'avoir parlé d'une malade qui n'est pas venue mourir dans mon service. Je reconnais qu'il eût été plus correct de ma part de passer la parole à mon collègue M. Roques, qui vous aurait donné officiellement, au sujet de l'opérée, les renseignements qu'il a bien voulu spontanément ajouter à ma communication orale. Mais les faits n'en restent pas moins rigoureusement exacts. Il est très certain qu'à l'autopsie on a trouvé une perforation ; tous ceux d'entre vous qui ont examiné la pièce dans la dernière séance, et qui veulent répéter cet examen aujourd'hui, pourront s'en assurer.

Cette perforation siège au niveau du cul-de-sac vaginal postérieur. C'est une large entaille de plus de 2 centimètres de longueur, disposée presque transversalement, présentant des bords nets, taillés à pic, et qui ne peuvent avoir été produits que par un instrument piquant ou tranchant. Cette perte de substance, qui intéresse surtout la muqueuse vaginale, se voit également sur la face rectale du vagin, mais là elle n'occupe qu'un centimètre, ce qui prouve indubitablement que la perforation a été faite de dedans en dehors, et exclut toute idée d'une section faite accidentellement pendant l'autopsie. Enfin, je rappellerai qu'au niveau de la perte de substance se voyaient un foyer purulent et quelques néomembranes organisées, nouvelle preuve que la lésion a été faite pendant la vie, et non après la mort. Ce n'est donc le résultat ni d'une eschare spontanée, ni d'une maladresse d'autopsie, mais d'un accident opératoire.

Maintenant, faut-il inférer de cet examen que M. Budin est réellement l'auteur de la perforation, comme il me le fait dire dans sa lettre ? C'est là un point, Messieurs, que je n'ai jamais affirmé. Trois opérateurs ont successivement fait des tentatives d'application de forceps sur cette femme, et rien ne prouve que la perforation soit le fait de l'un plutôt que de l'autre. Tout ce que je constate, c'est que la lésion existe et qu'elle n'est pas niable. D'ailleurs, je le répète, l'erreur opératoire n'est pour moi, dans l'espèce, qu'un incident d'importance secondaire. Ce n'est pas le traumatisme, peut-être difficilement évitable en pareil cas, que je reproche aux accoucheurs ; c'est le fait, à mon avis bien plus grave, d'avoir laissé cette malade huit jours dans les salles, alors qu'elle devenait manifestement un foyer d'infection pour les accouchées voisines.

Je dois répondre, en terminant, à un dernier reproche, celui d'avoir prononcé le nom d'un collègue. Je regrette sincèrement d'avoir éveillé les susceptibilités de M. Budin en le nommant ; mais si j'eusse agi différemment, il m'aurait accusé avec raison de procéder par insinuation, ce qui n'est pas et ne sera jamais dans mes habitudes. En taisant le nom de l'opérateur, en effet, j'avais l'air de rejeter la responsabilité de l'accident sur M. Ribemont, qui n'y était pour rien puisqu'il était en ce moment malade.

En résumé, Messieurs, il ne faut voir dans ma communication que ce qui s'y trouve réellement, à savoir : la discussion loyale d'un fait scientifique, et la démonstration de la nécessité absolue d'isoler les accouchées fébricitantes, qui deviennent un foyer de contagion pour leurs voisines.

M. Roques : Je voudrais ajouter quelques mots aux observations de M. Rendu, à pro-

pos de la lettre que M. le président vient de nous lire. Je ne connais pas les preuves qu'on aurait pu présenter. Ce que je sais, c'est qu'on ne peut les trouver ailleurs que dans la pièce anatomique elle-même. Or, on n'ignorait pas que cette pièce existait et qu'elle était à la disposition de qui de droit, pendant les huit jours qui ont précédé la présentation de M. Rendu. Que ne venait-on la consulter? Ce moyen de contrôle était si simple et si sûr que je suis très étonné qu'on n'y ait pas eu recours tout d'abord.

L'incident est clos.

A suivre.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 mars 1883. — Présidence de M. Reliquet.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend : le *Progrès médical,* le *Journal des sages-femmes,* le *Concours médical,* la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale,* le *Journal d'hygiène,* la *Gazette médicale de Picardie,* le *Deutsche medizinal Zeitung* (Berlin), les *Annales des maladies des organes génito-urinaires.*

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, et une autre de la Société médicale d'Indre-et-Loire, accusant réception des *Bulletins de la Société de médecine de Paris,* et la remerciant de cet envoi.

Une lettre de M. le docteur Durand-Fardel s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

En réponse à une question de M. Duroziez, M. le Secrétaire général donne quelques explications sur la distribution et les échanges des *Bulletins* de la Société.

—

La parole est donnée à M. le docteur Hippolyte Baraduc pour lire, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, un travail intitulé : *De la disparition des zones hystérogènes de la colonne vertébrale, au point de vue du traitement de la grande hystérie.*

Le mémoire de M. Baraduc est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Thorens, Cyr et Charpentier, rapporteur.

—

M. Charpentier lit ensuite une *Observation d'ataxie locomotrice consécutive à des accidents de décompression brusque par rupture d'un scaphandre.* (Voir l'*Union Médicale* du 14 août.)

DISCUSSION

M. Rougon demande dans quel état se trouve actuellement le malade, principalement au point de vue de la miction.

M. Charpentier : Depuis deux mois j'ai observé trois crises viscérales avec douleurs en ceinture : la dernière a eu lieu il y a 15 jours. Quant aux troubles urinaires, il n'y en a pas en ce moment; quelquefois le malade a uriné malgré lui.

M. Onimus : Dans quel état était la sensibilité des membres inférieurs au début de l'affection?

M. Charpentier : Je n'en sais rien.

M. Onimus : Et actuellement?

M. Charpentier : Il n'y a pas de troubles sensitifs. Pas d'hyperesthésie, pas d'anesthésie. La nuit, mon malade perd la notion de la situation de ses membres; mais, dans le jour, il a bien cette notion et il décroise facilement les jambes. Enfin, depuis quelque temps il lance moins les pieds en avant.

M. Duroziez demande quelle explication M. Charpentier propose au point de vue étiologique? Y a-t-il eu une lésion totale des cordons de Goll ou une lésion limitée, qui s'est ensuite étendue et généralisée?

M. Charpentier : Il est certain qu'il y a eu au début des symptômes très diffus. Est-ce une hémorrhagie méningée, ou une lésion médullaire? je ne saurais le dire. Mais il est probable qu'il y a une lésion portant à la fois sur le cerveau et la moelle, qui a donné naissance à une altération dégénérative des cordons de Goll.

M. Onimus n'approuve pas le titre donné par M. Charpentier à son observation. Il

pense qu'il s'agissait plutôt, dans ce cas, d'une myélite diffuse, car les symptômes qu'a rapportés M. Charpentier ne correspondent pas au type classique de l'ataxie locomotrice. Il insiste sur ce point, parce qu'il a vu cet hiver un malade qui présentait des troubles analogues qui ont disparu sous l'influence du traitement. Pour lui, il considère ces troubles comme des phénomènes ataxiques, mais il ne les rattache pas à une véritable ataxie locomotrice.

En résumé, M. Onimus regrette la tendance qu'on a aujourd'hui à confondre avec la maladie systématique « ataxie locomotrice » les troubles ataxiques plus ou moins complets et passagers que les diverses myélites peuvent présenter à un moment de leur évolution.

M. Charpentier : Il ne faut pas, parce qu'un malade ayant présenté des troubles ataxiques, guérit ou paraît guérir de ces accidents, se refuser à le croire ataxique, car on sait que la véritable ataxie a des rémissions souvent fort longues, qui peuvent en imposer pour une guérison. D'ailleurs, je l'ai dit dans mes remarques, le fait que j'ai présenté n'est pas un cas typique d'ataxie locomotrice, et, dans les ataxies consécutives, il en est presque toujours ainsi. Toutefois, mon sujet ayant présenté des troubles de sensibilité et des troubles oculaires, des douleurs en ceinture, de la rachialgie, des douleurs fulgurantes, des crises viscérales, et, ces accidents ayant évolué par poussées successives avec rémissions, je crois qu'il faut voir dans cette affection une ataxie locomotrice. M. Charcot l'a dit : il faut, pour faciliter l'étude, créer des cas-types, bien que, dans la pratique, beaucoup de faits s'écartent des formes idéales.

M. Reliquet : J'ai eu l'occasion de causer avec un homme qui a commandé une expédition de pêche d'éponges pendant deux ans, et qui venait me demander quelles étaient les sondes qu'il fallait donner à ses plongeurs. Les troubles de miction sont en effet très fréquents chez les scaphandriers, me disait ce capitaine, qui était M. Denayrouse, et en dehors de toute asphyxie, la plupart de ses plongeurs, ne peuvent uriner après leur séjour sous l'eau ; aussi ont-ils l'habitude de se sonder avant de descendre. Ainsi voilà un phénomène bien évidemment d'ordre médullaire qui peut permettre d'interpréter bien mieux que par l'asphyxie les troubles ressentis par le malade de M. Charpentier.

J'ajouterai que M. Denayrouse m'a même dit, en causant de ces malades, un mot qui, rapproché du fait de notre collègue, a une réelle importance, c'est que les scaphandriers deviennent souvent ataxiques, c'est-à-dire, ainsi que ce capitaine me le précisait très bien, qu'au bout d'un certain temps ces plongeurs lancent leurs jambes en marchant et ont des paralysies des membres inférieurs. Or M. Denayrouse a remarqué que ces accidents se produisent surtout lorsque les plongeurs descendent au delà de trente à quarante brasses et lorsqu'ils restent longtemps sous l'eau.

Il y a là des faits d'observation qui mériteraient de nouvelles recherches et sur lesquels les médecins de marine attachés aux ports de pêche au scaphandrier pourraient donner d'utiles renseignements.

M. de Ranse : Je n'ai pas eu le plaisir d'entendre la lecture du travail de notre confrère, mais, d'après la discussion à laquelle je viens d'assister, je crois qu'on peut interpréter de deux manières le fait intéressant qu'il a rapporté.

Il s'est produit, chez son malade, une myélite diffuse qui a atteint différents départements de la moelle, entre autres les cordons postérieurs. On comprend ainsi la manifestation des phénomènes d'ataxie qu'on a observés. Or, on peut admettre que cette lésion des cordons postérieurs reste limitée aux points primitivement atteints, ou du moins ne s'étende pas trop, ni au-dessous de ces points, auquel cas les phénomènes tabétiques forcément incomplets, ne sauraient produire une véritable ataxie locomotrice progressive.

Mais, d'un autre côté, il est permis aussi de supposer que, chez un homme prédisposé au *tabes dorsalis*, l'extension de la myélite diffuse à une région des cordons postérieurs a pu devenir la cause occasionnelle de la sclérose systématisée de ces cordons et, s'il en est ainsi, on assistera à une évolution de l'ataxie locomotrice progressive.

Jusqu'à présent les symptômes observés semblent peut-être plaider en faveur de la première hypothèse ; M. Charpentier penche pour la seconde ; c'est l'avenir, c'est-à-dire la suite de l'observation qui décidera.

M. Charpentier. Je ne saurais, pour ma part voir une myélite diffuse dans le cas que je viens de rapporter ; car on n'y trouve aucun des symptômes propres à cette affection. Il n'y a eu ni paralysies, ni troubles trophiques, c'est-à-dire qu'il ne peut y avoir eu de

lésion des cordons antérieurs. Au contraire, nous n'avons relevé que des troubles propres à une lésion des cordons postérieurs.

Je crois donc que mon observation est un fait d'ataxie locomotrice consécutive à une myélite traumatique des cordons postérieurs, produite sous l'influence d'une décompression brusque.

La Société se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport fait par M. Reliquet au nom du Conseil d'administration. Une discussion s'engage, puis les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel, Dr Gaston GRAUX.

La Société protectrice de l'enfance de Lyon (1).

La protection de l'enfance est une question aussi médicale que sociale ; au grand honneur du corps médical, ce sont nos confrères qui en ont pris l'initiative et, depuis, poursuivi la réalisation. A Lyon, c'est le docteur Rodet qui préside cette Société et plusieurs médecins distingués qui l'administrent. Les secours qu'elle distribue aux familles indigentes et les médailles qu'elle décerne aux mères plus riches qui allaitent leurs enfants ne sont pas les seuls encouragements dont cette Société dispose. Elle met chaque année au concours une question médicale, qui, en 1882, avait pour objet *l'hygiène et la prophylaxie des maladies aiguës de l'intestin chez les enfants (diarrhée, dysentérie, choléra infantile).* La médaille de vermeil a été obtenue par M. le docteur Aubert, médecin-major au 28me de ligne et les mentions honorables par MM. les docteurs Jules Bauzon (de Chalon-sur-Saône) et Poirier, médecin à Avize (Marne).

Heureux lauréats et non moins heureuse Société dont les prix sont aussi honorablement disputés. — L. D.

(1) Compte rendu annuel. Paris, 1883. H. Bellaire.

COURRIER

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret, en date du 26 août, M. Hamon, médecin aide-major au régiment d'artillerie de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.— A fait preuve du plus grand dévoument en soignant les blessés, sous le feu de l'ennemi, au combat de Can-Giay (Tonkin).

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — La séance annuelle de l'Académie de médecine est reportée au mois de décembre prochain. Dans cette séance aura lieu tout à la fois la distribution des prix de l'année 1882 et de l'année 1883.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE. — De même que la ville de Blois avait été désignée l'an dernier, au Congrès de la Rochelle, pour le Congrès de l'Association française en 1884, la ville de Grenoble a été désignée ces jours-ci pour le Congrès qui doit avoir lieu en 1885. Le président de cette dernière réunion sera M. le professeur Verneuil, lequel a été élu vice-président de l'Association pour l'année 1884. M. le docteur Nicaise a été élu secrétaire général.

— M. le docteur Pozzi, agrégé suppléant M. le professeur Verneuil, commencera ses leçons cliniques à l'hôpital de la Pitié le lundi 3 septembre, à 9 heures 1/2, et les continuera les lundi et vendredi suivants, à la même heure, dans l'amphithéâtre de l'établissement.

Visite des malades à 8 heures 1/2.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

GYNÉCOLOGIE

MÉMOIRE

sur le

TRAITEMENT DE L'ENGORGEMENT DU COL UTÉRIN

PAR LES CAUTÉRISATIONS AVEC LE CAUSTIQUE FILHOS (1),

(CAUSTIQUE DE VIENNE SOLIDIFIÉ)

Par le docteur G. Richelot père,

Médecin inspecteur de l'établissement thermal du Mont-Dore.

V. — Le caustique de Vienne solidifié.

—

HISTORIQUE.

C'est en 1842 que Filhos a fait, sous l'inspiration de son beau-frère Amussat, les recherches qui l'ont conduit à la création du caustique qui porte son nom. Le mémoire très intéressant où il rend compte de ses études et de ses travaux sur ce sujet a été publié dans la Revue médicale, 1842, t. III, p. 233.

Grâce à l'initiative de Récamier, l'usage du *speculum uteri*, comme procédé d'exploration et comme moyen d'application des agents thérapeutiques sur le col de la matrice, s'était généralisé, et l'emploi de la cautérisation dans le traitement des maladies de cet organe était devenu très commun.

Les agents de cautérisation employés ou proposés, d'ailleurs de valeur très inégale, étaient assez nombreux, mais un petit nombre seulement avait cours dans la pratique. C'étaient surtout le cautère actuel, le chlorure de zinc, le nitrate acide de mercure, la pierre infernale, la potasse caustique, la pâte de Vienne.

Le *cautère actuel,* à cette époque, malgré son antique réputation, avait peu de crédit. Ce n'est qu'après la pratique, justement célèbre, de Jobert de Lamballe, qu'il a pris son rang dans la thérapeutique chirurgicale des maladies de l'utérus.

Le *chlorure de zinc* était d'une application difficile, compliquée, lent dans ses effets, demandait à être laissé longtemps en contact avec les tissus, offrait par conséquent des dangers, et ne s'était pas répandu parmi les praticiens. Depuis, d'ailleurs, il a été à peu près abandonné malgré l'autorité de Bonnet, de Lyon.

Le *nitrate acide de mercure* est un caustique précieux dans certains cas où il faut agir superficiellement. Appliqué à propos, je l'ai vu rendre des services incontestables. Mais il présentait, dans son application, les difficultés qu'on reproche à tous les caustiques liquides. De plus, il était accusé de donner lieu à la salivation mercurielle, ce qui, je crois, doit être rare; et il exigeait une grande délicatesse opératoire, car pour peu qu'il ne soit pas appliqué avec ménagement, qu'on l'emploie à trop haute dose, il produit des douleurs cruelles et prolongées.

La *pierre infernale,* le plus facile à manier de tous les caustiques, était celui qui avait le plus de vogue. Mais qu'obtenait-on de son emploi? Une cautérisation illusoire. Filhos nous dit dans son mémoire que plusieurs

(1) Suite. — Voir le numéro du 23 août.

fois il avait soigné, avec son beau-frère Amussat, « des malades qui avaient été cautérisées vingt, soixante, quatre-vingts fois et plus, sans aucun succès! » On a pu voir dans quelques-unes de mes observations que cette pratique irrationnelle s'est prolongée jusqu'à nos jours, probablement à cause de sa grande facilité.

Le traitement local des maladies du col de la matrice par la cautérisation laissait donc beaucoup à désirer. Des chirurgiens d'une grande valeur, Dupuytren, Amussat, cherchèrent à combler la lacune. Ils espérèrent trouver dans la *potasse caustique* un agent topique d'une puissance suffisante. Sous ce rapport ils avaient bien choisi. La puissance destructive de la potasse caustique est complète, mais son application sur le museau de tanche est à peu près impossible. Elle se liquéfie et fuse avec une telle promptitude, qu'il est extrêmement difficile de l'empêcher de se répandre à la partie postérieure du vagin et d'y produire des eschares et même des perforations. Amussat, en opérant avec la potasse caustique, avait recours à des moyens très ingénieux pour prévenir tout accident; mais entre des mains moins habiles, ce mode de cautérisation offrait de grands dangers. D'autres chirurgiens, le professeur Thiry, à Bruxelles, le docteur Gendrin, à Paris, adoptèrent le caustique de Vienne sous forme de pâte, dont l'application n'offre guère moins de difficultés et de dangers que la potasse caustique. Malgré les procédés compliqués employés par le docteur Gendrin, on se demande comment, sous l'influence d'un pareil traitement local, il n'est pas arrivé de nombreux malheurs. Par une main moins expérimentée il aurait pu se produire beaucoup de mal. Le procédé de Bonnet, de Lyon, quoique moins dangereux, n'est pas plus acceptable, car il exige le séjour plus ou moins prolongé du spéculum dans le vagin.

Dans ces conjonctures, Amussat poussait son beau-frère Filhos à rechercher « les moyens de parer aux inconvénients attachés à la liquéfaction de la potasse ». Filhos se mit à l'œuvre, et avec l'aide de Gallot, habile pharmacien de Paris, après des tentatives et des expériences nombreuses, il parvint à réaliser le *caustique de Vienne solidifié*, qui porte justement son nom, et qu'il qualifie de la manière suivante : « ... le caustique le plus commode, le plus actif et le plus sûr qui pût être employé dans le traitement des maladies du col de l'utérus; celui qui, dans le plus grand nombre des cas, je pourrais même dire toujours, peut avantageusement remplacer tous les autres. »

Amussat a fait un grand usage du caustique Filhos; il en a obtenu des succès remarquables, dont j'ai pu être témoin bien des fois. Cependant, il paraît qu'il n'a pas eu beaucoup d'imitateurs. Quelques années après la découverte de Filhos, un médecin anglais très distingué, le docteur J.-H. Bennet, reconnaissant les avantages réels que présente ce nouveau caustique, s'en est occupé au point de faire fondre lui-même les substances qui constituent le caustique de Vienne, dans la proportion de deux parties de potasse pour une de chaux, et de les couler dans de petits tubes de fer. *(Traité pratique de l'inflammation de l'utérus,* édition française de 1864, p. 307). Mais en France, je ne sache pas qu'on ait fait beaucoup de propagande en faveur de l'œuvre utile de notre compatriote. Philipeaux, dans son *Traité de la cautérisation*, en a dit pourtant quelques mots favorables, mais seulement quelques mots, sans développements (1).

(1) J'ai reçu tout récemment d'un de nos plus estimés confrères des départements, M. le docteur Dimey, de Montigny-sur-Aube, une lettre, dans laquelle j'ai lu avec plaisir le passage suivant, que je crois devoir reproduire ici : « ... Ce moyen de traitement (le caustique Filhos) est-il aussi peu connu qu'il vous le semble? Je l'ignore; pour mon compte, je l'emploie depuis plus de vingt-cinq ans avec des succès constants. Les résultats ont toujours été assez satisfaisants pour que je n'aie jamais été tenté de recourir au fer rouge. Comme vous aussi, j'ai remarqué depuis longtemps qu'avec le nitrate d'argent on n'en finissait pas. Dernièrement encore, j'ai vu une jeune dame

Aran, qui était l'ami intime de Bennet, mais qui dit lui-même qu'il aurait presque voulu rayer les cautérisations du traitement des affections du col utérin, s'est borné à dire dans son livre consciencieux et utile (*Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, p. 243) : « . . . . . l'avantage reste en définitive à la pâte de Vienne. » Du caustique Filhos, il ne dit rien; et il publiait ses leçons en 1858, seize ans après la découverte de Filhos! Courty, en 1879, connaît à peine le caustique Filhos : « . . . . . j'avoue, dit-il, page 315, que je ne comprends pas l'avantage que M. Gendrin a reconnu à la pâte de Vienne, et il faudrait que cet avantage fût bien grand pour compenser les difficultés d'application. Il est vrai que ces difficultés disparaissent lorsqu'au lieu de pâte de Vienne, on se sert du caustique de Vienne solidifié par Filhos. Mais il n'y en a pas moins beaucoup d'incertitude sur la largeur et la profondeur de l'eschare, outre la nécessité de laver les surfaces à grande eau et la possibilité qu'il reste du caustique. Tous ces inconvénients font un tel contraste avec la simplicité d'application du feu, que je comprends à peine, malgré l'autorité de la pratique de M. Gendrin et la recommandation de M. H. Bennet, comment l'usage du caustique Filhos a pu se répandre dans la pratique. Du reste, on sait que tous ces caustiques alcalins produisent des eschares molles, rendent le sang diffluent et favorisent les hémorrhagies. » En ce qui concerne le caustique Filhos, dont l'application présente certainement plus de simplicité que celle du feu, il n'y a pas une seule des propositions ci-dessus qui soit exacte. L'auteur ne se doute pas des propriétés et des effets de l'agent qu'il critique. Il est évident qu'il ne l'a jamais employé.

Je suis porté à croire également que mon honorable et savant ami, M. Gallard, n'a pas étudié pratiquement les effets de la cautérisation du col utérin par le caustique Filhos. On peut dire qu'il ne s'en est point occupé dans ses excellentes *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, 1873. Voici tout ce qu'on y trouve, p. 416 : « Les caustiques chimiques, qui ont une action très énergique, comme la potasse, le caustique de Vienne, le caustique Filhos, le chlorure d'antimoine, ne peuvent pas être employés dans les mêmes conditions que le cautère actuel, ni avec le même succès; d'abord, parce qu'ils fusent trop et que par conséquent on ne peut pas limiter leur action à volonté; puis, parce qu'ils donnent lieu à des eschares mollasses, bien différentes des eschares sèches du fer rouge, et qui, en se détachant, facilitent souvent la production de nouvelles hémorrhagies, tandis que l'un des buts principaux de la cautérisation est d'arrêter les hémorrhagies. » D'abord, le caustique Filhos ne fuse point, et l'on a pu voir dans les observations qui précèdent, avec quelle précision j'ai pu limiter son action. Ensuite, le caustique Filhos produit, en effet, des eschares mollasses; mais c'est là justement un effet qui constitue peut-être la plus grande partie de son mérite, car il transforme ainsi le museau de tanche en un véritable exutoire et ouvre une large porte au dégorgement de l'organe. Quant aux hémorrhagies secondaires et dangereuses, qui pourraient se manifester à la chute des eschares, dans une centaine de cas environ qui me sont personnels, je n'en ai pas observé une seule. — A cette occasion, je crois utile de rapporter succinctement un fait qui viendra ici fort à propos.

Obs. XVII. — Dans l'été de 1873, une jeune femme qui toussait un peu et qui avait un peu de gêne de la respiration, m'a été adressée au Mont-Dore. Il ne me fut pas difficile de reconnaître que les symptômes provenant des organes respiratoires étaient insignifiants ou même nuls, et que l'état morbide était tout entier sous la dépendance d'hémorrhagies utérines extrêmement graves. A peine la jeune femme avait-elle quelques jours de répit entre ses époques. Son affaiblissement était considérable; on avait eu

qui avait été traitée inutilement par ce dernier moyen pendant quinze ou dix-huit mois, et qui a été guérie par le caustique Filhos d'une façon relativement très prompte.... »

beaucoup de peine à la transporter jusqu'au Mont-Dore; et, dans l'hôtel où elle s'était installée, elle ne pouvait pas quitter la chaise longue. Il y avait un développement notable et surtout un ramollissement excessif du museau de tanche. Cette dame, quoique jeune, avait eu six enfants. L'indication était précise et pressante : l'application du fer rouge, en saisissant le court intervalle entre les deux époques. Cette proposition fit naître une véritable tempête dans l'entourage de la malade. Cependant, il y avait péril en la demeure. Je pris donc rapidement une décision; et, recourant au caustique Filhos, j'appliquai sans hésiter le caustique en plein sur le museau de tanche. Sans doute, on put voir sourdre du sang autour du caustique; mais, en somme, il n'y eut pas d'hémorrhagie à proprement parler; et cette première cautérisation fut suivie d'une modification appréciable et salutaire dans les tissus. Après deux autres cautérisations semblables, la malade put quitter facilement le Mont-Dore.

Il avait été convenu que je compléterais le traitement à Paris. Mais voici une circonstance très remarquable et très intéressante au point de vue où nous sommes placés en ce moment. Le mari de la malade avait, à 120 kilomètres de Paris, des fonctions qui lui interdisaient toute absence prolongée, et la malade malgré mes instantes recommandations, refusa absolument de venir habiter seule Paris pendant la durée de son traitement. Aux jours convenus, après son déjeuner, elle prenait le chemin de fer avec son mari, venait à Paris subir la cautérisation; puis, reprenant la même voie, elle arrivait chez elle à une heure convenable pour son dîner. Le traitement dura plusieurs mois, car il y avait non seulement à reconstituer l'utérus, mais encore à réparer l'ensemble de la constitution. En somme, il y eut à Paris, à divers intervalles, quatre cautérisations avec le caustique Filhos et quatre cautérisations avec la pierre infernale, et, malgré les voyages, pas le moindre accident! Deux ans après ce traitement, ayant eu occasion d'aller dans le pays de cette dame, je constatai avec une vive satisfaction que, depuis ses derniers voyages à Paris, sa santé était parfaite.

A suivre.

A propos de la méthode de Brand.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 11 mai 1883,

Par le docteur Féréol, médecin de l'hôpital de la Charité.

Suite et fin. — (Voir le dernier numéro.)

Pour moi, Messieurs, en face d'un pareil fait, toute hésitation me paraît impossible. Et dussé-je encourir le reproche de naïveté, de témérité ou d'incompétence, je me sens invinciblement engagé à faire un nouvel essai de cette médication dans toute la rigueur de sa formule. Je m'y décide d'autant plus volontiers que les résultats que j'ai obtenus il y a sept ans m'ont paru encourageants; s'ils n'ont pas été plus brillants, cela tient très probablement à certaines fautes dont j'ai le devoir de m'accuser devant vous. D'abord, je n'ai pas suivi exactement la formule de Brand; j'ai cherché, comme on dit en Allemagne, à individualiser la méthode. Les bains ont été presque toujours trop espacés (6 au lieu de 8 en vingt-quatre heures), et la température souvent adoucie à 26 degrés; ensuite, j'ai souvent prescrit le premier bain à un moment trop éloigné du début de la maladie, soit que j'y fusse forcé par l'époque même où le malade était soumis à mon observation, soit que j'aie attendu volontairement l'apparition des accidents graves pour commencer l'administration des bains. Ce sont là, suivant Brand, des conditions mauvaises; elles ont pu réagir fâcheusement sur les résultats de ma pratique. Je pourrais en ajouter encore une, à savoir que j'ai précisément choisi les cas que je croyais devoir être graves pour faire l'application de la méthode.

Aujourd'hui, je suis bien décidé à faire autrement. *Autant que possible*, je soumettrai à la balnéation *tous* les typhoïdiques qui entreront dans mon service, et je commencerai le traitement *aussitôt que possible*.

Je dis *tous*, parce qu'il est dangereux de faire un choix et d'attendre ce que certains médecins appellent les indications du bain froid; parce qu'une fièvre typhoïde qui débute avec des apparences de bénignité peut, comme

chacun sait, prendre plus tard des allures absolument graves, et subir des complications dangereuses; parce qu'il est impossible, en cette maladie, de risquer un pronostic à aucune période, et que, tant que la maladie n'est pas terminée absolument, le malade est sous le coup d'accidents qui peuvent l'emporter.

Je dis, en outre, que je les soumettrai au traitement *aussitôt que possible,* pour des raisons analogues. L'argument tiré de l'impossibilité de faire une statistique raisonnée et consciencieuse dans de pareilles conditions me touche peu. Ce serait pousser bien loin l'amour du diagnostic et de l'art pour l'art, que d'attendre l'apparition des taches lenticulaires, s'il est prouvé qu'en commençant aussi tard l'usage des bains froids, on diminue beaucoup les chances de guérison du malade. Qu'importe donc que le diagnostic soit retardé? N'en est-il pas souvent ainsi? Il se précisera au cours de la maladie. Et la statistique ainsi faite aura toute la valeur que lui donneront la compétence et la sincérité de celui qui la dresse. C'est toujours là, en fin de compte, le critérium en fait de statistique.

Du reste, j'ai déjà commencé, et je vous apporte six observations; c'est bien peu de chose encore; mais c'est un commencement et un engagement pour l'avenir. Sur ces six observations, les quatre premières ont donné quatre succès; les deux dernières, deux morts.

De ces six malades, il n'y en a qu'un qui ait été soigné dès le début au cinquième jour; c'était une jeune femme de 17 ans. Le diagnostic était certain, malgré l'époque peu avancée de la maladie. Elle a pris 34 bains en six jours et est entrée en convalescence au douzième jour de sa maladie; l'éruption des taches s'est faite au 9e jour. Elle a été très confluente et il était curieux de voir à ce moment la malade marcher évidemment vers la convalescence.

Les cinq autres malades ont été baignés plus tardivement, vers le neuvième jour, alors que la maladie était absolument confirmée. Trois ont parfaitement guéri, sans aucun accident. Les bains étaient donnés régulièrement toutes les trois heures, jour et nuit; quinze minutes de durée. Ils ont été assez bien supportés, sauf par un malade chez qui le frisson s'est prolongé si longtemps après le premier bain qu'au lieu de les faire prendre à 20°, je les fis exceptionnellement réchauffer pour lui à 26°. Cependant il est juste de dire qu'aucun de ces quatre malades qui ont guéri, ne se plaisait dans le bain; tous trouvaient le traitement fort dur et fort désagréable, et il fallait quelques efforts de persuasion pour les amener à l'accepter. Chez tous l'effet de sédation a été des plus remarquables, disparition complète de la stupeur, diminution puis disparition de la diarrhée, disparition de la sibilance pulmonaire, langue nette, sommeil calme dans l'intervalle des bains pendant la nuit.

Ces quatre faits ont été absolument remarquables et encourageants. Les malades auraient-ils guéri autrement? C'est fort possible, probable même. Je doute en tout cas qu'ils eussent guéri aussi vite et aussi bien. La convalescence a été prompte, faible et sans rechute. Il y a eu seulement pour l'un d'eux, la femme, un accroc de deux jours, dû à un écart de régime évident, mais cela a été tout à fait passager.

Les deux faits malheureux se sont terminés tous deux par pneumonie, c'est là un fait grave, je n'en disconviens pas.

Mais il faut remarquer que chez ces deux malades le traitement a été tardif (neuvième et dixième jour) et la prétention de la méthode de Braud est d'être prophylactique encore plus que curative.

En outre, un de ces cas était très grave dès le début, il s'était annoncé par des phénomènes insolites qui avaient fait porter à un médecin de la ville le diagnostic de scarlatine; si bien que j'ai hésité pendant trois jours, avant d'ordonner les bains froids. En outre, il y avait dès le début, une congestion pharyngo-laryngée et bronchique très intense. Cette congestion se

trouva très heureusement modifiée par les premiers bains. Le malade avait recouvré la voix, qui était absolument éteinte, et il se trouvait bien dans le bain ; mais au bout de trois ou quatre jours la congestion reparut aux bronches, au larynx et même à la peau qui se couvrait sur les joues, le nez et les membres, de plaques érythémateuses voisines de l'érysipèle. J'aurais dû peut-être rapprocher les bains ; je me bornai à faire faire des applications de compresses froides renouvelées toutes les heures sur le larynx, la poitrine et le ventre. (La diarrhée était considérable, ainsi que le météorisme.) Ce cas était donc absolument mauvais ; et je ne suis pas surpris qu'il se soit mal terminé.

Il n'en est pas tout à fait de même de l'autre, qui était grave aussi, mais moins menaçant. Il s'agissait d'une jeune fille de 16 ans, domestique, à Paris depuis peu de temps, d'assez belle constitution en apparence, mais dont le père cependant avait succombé à la tuberculose. Entrée au neuvième jour de sa maladie, sa température oscillait entre 40 et 41 ; elle avait une douleur vive à l'occiput, une diarrhée assez abondante, une congestion pulmonaire assez intense. Les bains furent bien supportés pendant les quatre premiers jours ; le cinquième jour du traitement, elle accusa un point de côté à gauche ; le lendemain matin, je constatais du souffle tubaire et des urines albumineuses.

Chez ces deux malades, lorsque la pneumonie apparut, je me demandai si j'allais, conformément au principe de Brand, continuer les bains froids. Je l'eusse probablement tenté si je n'avais eu l'exemple de ce qui s'était passé dans un service voisin où j'avais été appelé en consultation. Deux malades s'étaient trouvés dans des conditions identiques : nous avions continué à les baigner, tous deux avaient succombé. J'essayai donc, sans aucune illusion, de suspendre les bains chez mes deux malades. Je les mis au sulfate de quinine, 2 gr. par jour, et à l'alcool ; tous deux n'en mouraient pas moins quelques heures plus tard.

Je ne me dissimule pas l'impression fâcheuse que feront ces deux décès par pneumonie, surtout si on les rapproche des autres auxquels je fais allusion et qui se sont passés dans un service voisin.

Néanmoins je ferai remarquer que dans ces cas, qui étaient d'eux-mêmes très graves, les bains n'ont été commencés que fort tard, et que, passé le cinquième jour, suivant l'affirmation de Brand, il n'y a plus aucune certitude sur le résultat du traitement. Je conviens que c'est là une circonstance qui rétrécit singulièrement le champ de l'observation ; et que, dans nos hôpitaux, surtout où les malades nous sont souvent apportés au huitième, au dixième jour de la maladie, il sera difficile d'expérimenter la méthode de Brand sur un nombre de cas suffisant pour arriver à une conclusion bien certaine. Néanmoins, et en augmentant encore de circonspection et de prudence, je suis décidé à continuer l'expérimentation que j'ai commencée.

Un mot maintenant à mon collègue et ami M. Dumontpallier.

Je salue en lui un auxiliaire et un allié dont j'apprécie toute la valeur. J'ai lu, ou écouté avec le plus vif intérêt, les deux communications qu'il nous a faites. Il a démontré que la réfrigération lente et progressive, loin de favoriser les congestions, les combattait utilement. Mon ami M. Bucquoy est encore plus près de la thèse de Brand, puisqu'il est venu dire que le bain froid à 26 degrés avait la même efficacité, et qu'il s'en était bien trouvé précisément dans les formes congestives de la fièvre typhoïde. C'est la thèse que nous avions soutenue en 1865, Maurice Raynaud et moi, après Brand et pour le bain à 20 degrés. Quatre des faits que je vous apporte aujourd'hui sont absolument favorables à cette thèse. Mais pour que le résultat soit obtenu à coup sûr, il importe que la fièvre typhoïde soit à son début ; c'est pour avoir méconnu cette loi qu'on a trouvé tant de dangers à la méthode. Si on commence les bains froids à une époque tardive, on

risque de ne plus avoir les mêmes bons effets ; et il peut se produire des accidents congestifs.

J'ai entendu aussi avec grand plaisir M. Dumontpallier affirmer que, d'après ses expériences, le refroidissement diminue les combustions au lieu de les augmenter, comme cela a été reproché aux bains froids. Ce qui est certain, c'est que les malades traités par les bains froids maigrissent en général beaucoup moins que les autres ; il est vrai qu'ils ont de l'appétit, réclament à manger de très bonne heure, et que la convalescence s'établit plus franchement.

J'admire donc la méthode de M. Dumontpallier ; par son caractère scientifique, elle nous donne des résultats précis, sinon indiscutables. Mais, en face de cet avantage, je lui trouve des inconvénients. Le premier de tous, c'est de ne pas être très pratique et de constituer une expérience de laboratoire plutôt qu'un mode de traitement. L'appareil est compliqué, coûteux ; il exige pour être manœuvré des soins spéciaux, une habileté particulière. J'ajoute que je ne sais pas si c'est un avantage ou un inconvénient d'éviter au malade le contact de l'eau. La réfrigération est un des facteurs de la médication, mais ce n'est pas le seul, selon toute probabilité. M. Peter ne reconnaît au bain froid d'autre action que l'action névro-sthénique ; en quoi il se trompe, à mon avis ; mais cette action est indiscutable ; et il me paraît très probable que le contact de l'eau est nécessaire pour obtenir cette action dans toute son étendue. Il m'est même arrivé, dans certains cas, d'y ajouter la flagellation ; et j'ai insisté sur ce point dans mes premières communications.

Sur les courbes que je soumets en ce moment à la Société, on peut voir que, très souvent, l'abaissement de température qui suit le bain est insignifiant. Brand recommande, dans ces cas, de prolonger la durée du bain suivant, de mettre des compresses froides sur le ventre et la poitrine dans l'intervalle des bains, de rapprocher les bains ; enfin, d'obtenir par tous les moyens possibles un abaissement d'un degré au moins après chaque bain. Ces préceptes n'ont pas été suivis, je dois l'avouer ; je ne me suis pas senti le courage de les appliquer, parce que je constatais que l'état général des malades était excellent ; ils n'avaient ni diarrhée, ni insomnie, ni agitation ; le facies était absolument naturel. Je n'ai pas jugé utile de chercher à obtenir mieux ; peut-être auraient-ils guéri un peu plus vite, si j'y avais mis plus de rigueur. En tous cas, l'action névro-sthénique du bain froid était évidente, en dehors même de l'abaissement de la température.

En résumé, Messieurs, je ne sais si je m'abuse, mais, loin de croire que la méthode de Brand ait reçu le coup de la mort dans la discussion de l'Académie, je crois que le moment psychologique est venu pour nous d'en faire un essai impartial et rigoureux. L'école de Lyon nous y invite, 22 professeurs sur 24 ont signé le manifeste de M. Glénard ; M. Colin a parlé de ce traitement avec une réserve très voisine de la bienveillance et nous a dit que le Conseil de santé n'était nullement opposé à l'essai que plusieurs médecins militaires en ont déjà fait. M. Jaccoud, ainsi que l'a fait remarquer M. Bouley, reconnaît que ses résultats sont les meilleurs de tous et il en aurait fait déjà personnellement l'épreuve s'il n'était arrêté par les difficultés pratiques.

Je suis convaincu, Messieurs, que M. le directeur général de l'Assistance publique, si nous lui demandons de nous faciliter les moyens de faire cette épreuve, nous aidera le plus qu'il pourra. J'ai eu l'occasion de lui en parler récemment, et je l'ai trouvé animé des meilleures intentions. Si plusieurs d'entre nous voulaient faire ce que je suis résolu moi-même à tenter, nous ne tarderions pas à avoir une certitude. La chose en vaut la peine assurément.

Je n'ai, pour ma part, aucun parti pris ; je suis soutenu par le souvenir

de ce que j'ai déjà vu, et par l'espérance de voir se réaliser les promesses de nos confrères de Lyon et d'Allemagne. Mais quel que soit le résultat de la nouvelle campagne que je vais entreprendre, je vous le ferai connaître avec une entière sincérité, comme j'ai toujours fait. Vous pouvez y compter.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

EGYPTE. — Les statistiques obituaires du choléra dans la Haute-Egypte font défaut; néanmoins, le choléra n'en continue pas moins ses ravages et s'étend vers le Sud.

A Alexandrie, la mortalité cholérique, d'ailleurs peu élevée, perd chaque jour de sa violence. Le 30 août, on comptait 11 décès; le 31 août, on en constatait 12, et le 1er septembre 6 seulement.

EUROPE. — Malgré cette atténuation de la mortalité cholérique en Egypte, les quarantaines sont maintenues sévèrement sur tout le littoral méditerranéen. De plus, on vient, dans les ports du Danube, d'imposer une quarantaine de neuf jours aux navires venant de l'Asie Mineure. — C. E.

BIBLIOTHÈQUE

RECHERCHES CLINIQUES SUR LES MALADIES DE L'ENFANCE, par le docteur Henri ROGER. Paris, Asselin et Cie, 1883. — Tome second.

On n'a pas oublié le succès obtenu par le premier volume des Recherches Cliniques de l'éminent médecin honoraire de l'Hôpital des Enfants; on peut prédire à celui-ci une réussite au moins égale.

Outre la syphilis et la coqueluche, si importantes dans la pathologie infantile par leur fréquence et leur gravité, cet ouvrage contient plusieurs mémoires de moindre étendue, mais pourtant très dignes d'intérêt. — A propos de l'*auscultation de la tête*, l'auteur fixe la valeur sémiotique du souffle céphalique (signe d'anémie chez les très jeunes enfants, et non point de maladies cérébrales). — Dans une courte notice sur l'*ossification des fontanelles*, il établit que l'occlusion de la fontanelle antérieure commence à quinze mois et est complète à vingt-cinq; que, tardive, elle annonce le rachitisme; que, précoce et coïncidant avec l'épaississement des os du crâne, elle est cause d'idiotie par microcéphalie. — Il a consacré d'excellentes pages à la démonstration de la non-existence des *maladies vermineuses*, telles que l'entendaient les anciens pathologistes; il fait connaître des observations de *tœnia chez de tout jeunes enfants*; sur son évolution, les symptômes qu'il détermine et les meilleurs remèdes tœnifuges, on trouve de précieuses indications.

Mais, si nous avons énuméré en commençant ces courts mémoires qui constituent le hors d'œuvre, c'était pour insister tout à loisir sur les deux monographies qui lui donnent sa véritable valeur. Les lecteurs de l'*Union Médicale* connaissent déjà deux intéressants extraits du mémoire consacré à la *coqueluche*.

On peut affirmer qu'il n'existe rien dans la littérature médicale de plus complet sur cette affection.

Si l'on veut se rendre compte de l'intérêt particulier qui s'attache à cette étude de la coqueluche, faite par un maître tel que M. Roger, on n'a qu'à lire cette phrase qui lui sert presque d'introduction. « Après Trousseau, qui s'est montré, comme toujours, le plus habile des peintres dans le tableau de la coqueluche et surtout du coquelucheux; après Rilliet et M. Barthez, qui ont fait preuve de leur talent habituel d'observateurs dans l'analyse exacte des symptômes et dans l'exposé des complications, j'ai cru qu'il n'était pas impossible de faire plus, sinon mieux. J'ai pensé que la coqueluche valait une *monographie*, et, pour la composer, d'une part j'ai mis à contribution les meilleurs travaux de mes prédécesseurs, sans omettre ni les recherches historiques ou théoriques, ni les résultats de la physiologie expérimentale ou de l'anatomie morbide: d'autre part, j'ai utilisé des matériaux considérabbles : tableaux statistiques, faits particuliers que j'avais recueillis par centaines (un grand nombre avec détails) dans les hôpitaux d'enfants, de 1851 à 1874, et en ville pendant le même temps. Grâce à l'expérience que m'avaient donnée vingt-quatre années d'observations hospitalière et civile, j'ai pu, pour la partie dogmatique de mon travail, faire œuvre de critique et non point de compilateur... et, quant à la partie pratique, mes descriptions et mes conclusions, fondées sur une masse de faits, sont tirées des entrailles même de la clinique. »

Passant en revue les théories si nombreuses qui ont été émises jusqu'à ce jour sur la nature de la coqueluche, M. Roger rejette celles de la phlegmasie essentielle, de la névrose pure ou avec catarrhe secondaire, de l'adénopathie bronchique, et ne croit pas qu'on puisse aboutir à une autre conclusion qu'à faire de la coqueluche une maladie spécifique et à lui assigner, en nosologie, une place à part dans le groupe des pyrexies.

Quant à dire « quel est l'agent de la contagion dans cette pyrexie contagieuse au plus haut degré (à l'égal des fièvres éruptives et cent fois plus que la fièvre typhoïde) », M. Roger ne pense pas que les résultats apportés jusqu'ici par les recherches des micrographes soient suffisamment probants pour mettre hors de conteste l'existence d'un microbe. « Pour tous les catarrhes des voies respiratoires, le microscope révèle dans le mucus la présence de nombreuses traînées de spores; toutes ces spores se ressemblent trop pour que l'on puisse admettre la spécificité de micrococcus attribués à la coqueluche. »

Toutes les variétés dans les symptômes, la marche et les terminaisons, M. Roger les réduit à *trois types* auxquels tous les faits particuliers peuvent être rattachés, coqueluche moyenne, excessive ou légère : division essentiellement clinique, car elle sépare trois états morbides que réunit un phénomène univoque (la toux convulsive), et qui sont distincts par l'ensemble des symptômes comme ils le sont par la gravité (la *coqueluche moyenne* guérissant le plus souvent et la *coqueluchette* toujours, tandis que l'*hypercoqueluche* est le plus souvent mortelle).

La médication est envisagée aux points de vue de la prophylaxie, du traitement abortif prétendu auquel ont pu croire certains médecins, mais dont l'auteur nie absolument la possibilité, et du traitement curatif. Ce dernier comprend les innombrables médicaments empiriques et les médicaments rationnels; le traitement doit encore avoir égard aux périodes, aux formes et aux complications.

Un intérêt non moindre s'attache aux pages que M. Roger a consacrées à la *syphilis infantile*. Celle-ci se trouve étudiée sous ses deux modalités, héréditaire et acquise. Dans la syphilis héréditaire rentrent la syphilis intra-utérine, congénitale, et celle qui débute plus ou moins longtemps après la naissance. Les questions si actuelles des modes de transmission par le père et la mère, par l'un ou l'autre des progéniteurs, l'infection posthume, celle de la mère par l'enfant, des nourrissons par les nourrices et inversement, sont traitées avec une clarté parfaite.

Les épidémies de syphilis vaccinale, le diagnostic de la syphilis héréditaire et de la syphilis acquise, les applications à la médecine légale, le pronostic et le traitement sont les chapitres les plus importants de cette consciencieuse étude.

Nous ne saurions mieux terminer notre analyse qu'en citant ces quelques lignes empreintes d'une si haute dignité. « En littérature médicale, surtout quand il s'agit d'un livre de clinique, les exigences des lecteurs médecins croissent avec l'âge du clinicien écrivant. On demande naturellement plus à la fin qu'au début de la carrière, et l'on veut non plus un auteur qui promet, mais qui tient. C'est pour satisfaire à ces justes exigences que, « vingt fois sur le métier remettant mon ouvrage, » j'ai fait incessamment effort pour le perfectionner dans la forme comme dans le fond, autant qu'il était en mon pouvoir. Un auteur, a dit Lacordaire, doit respecter le présent et l'avenir en ne leur adressant qu'un petit nombre d'écrits longuement médités.

On raconte qu'Epicure se consolait, sur sa fin, en pensant à l'éternité et à l'utilité de ses œuvres; plus modeste et moins ambitieux, j'ai visé surtout l'utilité et je tiens surtout à l'estime de mes contemporains. »

LE GENDRE.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

XII[e] SESSION A ROUEN, du 16 au 23 août 1883 (1).

La pathologie médicale n'a pas été moins bien partagée que l'autre.

M. J. Tessier, de Lyon, a expliqué l'apparition de la fièvre typhoïde dans cette ville d'une façon très ingénieuse. Les habitants qui boivent l'eau des puits sont atteints de la fièvre typhoïde, tandis que ceux qui boivent l'eau du Rhône en restent indemnes. Cela tient à ce que l'eau du Rhône est filtrée et que l'eau des puits ne l'est pas. Or celle-ci, dépendant d'une nappe souterraine qui subit les variations de niveau du Rhône, devient malsaine à la suite des crues brusques qui envoient une grande quantité d'eau non

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 1er septembre.

filtrée dans la nappe souterraine et devient ainsi la cause de ces épidémies qu'on observe à la suite des grandes crues du fleuve lyonnais.

M. Burot, répondant à une invitation faite l'an dernier à La Rochelle par M. Verneuil, a étudié les rapports qui existent dans cette ville entre la fièvre intermittente, la tuberculose et la fièvre typhoïde. Contrairement à la loi de Boudin, M. Burot a vu que la fièvre intermittente et la tuberculose pouvaient coexister et que la fièvre typhoïde n'y est pas inconnue. Ces résultats ont été confirmés par des recherches analogues faites par M. Maurel à la Guyane.

Tout le reste a plus ou moins trait à la pathologie du système nerveux.

M. Voisin énumère les nombreux avantages de la méthode hypodermique ou des injections médicamenteuses sous-cutanées chez les nerveux et les aliénés, en particulier de celles de chlorhydrate de morphine. Il défend ce médicament contre les attaques passionnées dont il a été l'objet dans ces derniers temps; ce qu'il faut combattre, c'est l'abus, le mauvais emploi qu'on en a fait; les accidents qu'on lui attribue n'arrivent que si on n'a pas pris les soins nécessaires pour conserver la seringue propre et la solution pure. Quant à la morphiomanie, il faut simplement, pour la prévenir, ne pas abandonner les injections aux malades, s'opposer à la vente libre de la morphine, comme l'a réclamé à ce propos M. Landowski, et même à celle des seringues de Pravaz par les herboristes, comme il paraît, d'après M. Duménil, que la chose se passe à Rouen. Les excentricités des malades, qui passent leur vie à s'injecter de la morphine, ou qui même, comme la duchesse de Chaulnes, laissent à demeure dans leur peau la canule de la seringue pour n'avoir pas la peine de l'enfoncer à chaque instant, sont des exceptions et n'ont rien à voir avec la thérapeutique raisonnée et raisonnable. M. Bernheim croit d'ailleurs que le morphinisme ne peut se manifester quand il y a une indication à la morphine, dont l'antidote, dit-il, est la douleur.

Peut-être pourra-t-on d'ailleurs substituer un jour à la morphine le *piscidia erythrina*, qui, selon M. Landowski, posséderait les propriétés sédatives de l'opium sans en avoir les inconvénients. Cette légumineuse, car c'est une légumineuse originaire des Antilles, n'a pas encore été assez étudiée en France pour qu'on puisse avoir une idée exacte de ses vertus, mais l'emploi de la teinture alcoolique de sa racine a déjà donné des résultats dignes d'encourager à faire de plus amples recherches sur ce nouveau narcotique.

Il y avait longtemps, à ma connaissance, que les corsets n'avaient fait parler d'eux devant une Société savante. M. Bouchut vient de les prendre en flagrant délit de provocation à des troubles nerveux, et a fait à l'Association un tableau moitié gai, moitié triste, de ce nouveau méfait. Voilà les corsets qui entrent maintenant dans l'étiologie de l'angine de poitrine; ils causent des névralgies intercostales, qui, prolongées, répétées, finissent par retentir sur la moelle et déterminer les phénomènes de l'affection susdite, ainsi que M. Bouchut l'a vu chez des femmes non hystériques. Voilà les dames prévenues, mais combien d'entre elles tiendront compte de cet avertissement? C'est ce que je défie le plus minutieux statisticien de jamais dire avec précision.

Après le corset, voici diverses professions traduites à la barre par M. Leudet, malgré leur honnêteté. Le rabot que manie le menuisier produit des contusions légères, mais répétées, au bord cubital de la main; la torsion d'anses de coton par l'ouvrier teinturier à l'aide d'une cheville de bois, le battage des indiennes avec un marteau particulier, la traction du fil par l'ouvrier cordonnier, déterminent la même lésion. Or, celle-ci atteint l'extrémité du nerf cubital qui passe à ce bord interne de la main; de là une véritable névrite ascendante du nerf susdit, névrite subaiguë, mais indéniable, traduite par une douleur à la pression le long du trajet du cubital, jusqu'au coude, par la diminution de la sensibilité et des mouvements, sans atrophie musculaire toutefois. Ces accidents ne surviennent guère chez les rhumatisants, ne vont pas jusqu'à provoquer des phénomènes centraux, et guérissent spontanément par le repos. Ce nouveau chapitre intéressant de pathologie professionnelle fait le plus grand honneur au talent d'observation de M. Leudet.

M. Potain a aussi fait une découverte en pathologie nerveuse : c'est une relation de cause à effet entre des troubles utéro-ovariens et certaines pleurésies et congestions pulmonaires. Il ne s'agit pas ici d'inflammations qui, parties de l'utérus ou de ses annexes, s'étendent par propagation jusqu'au poumon et à la plèvre, mais de congestions utéro-ovariennes survenues à la suite de causes diverses, de troubles menstruels surtout, et qui retentissent sur le thorax par l'intermédiaire du système nerveux. Ces troubles thoraciques d'origine réflexe sont toujours du même côté que l'affection pelvienne et, quoique fébriles, n'ont qu'une médiocre gravité. Leur origine, évidente pour M. Potain, est surtout démontrée quand il y a d'autres symptômes nerveux concomitants. La complication pulmonaire a cependant une certaine tendance à ne se manifester que par des signes

physiques, et il est bon d'être prévenu de la possibilité de leur apparition pour les rechercher.

Notre savant collaborateur, M. Aug. Ollivier, est venu signaler de son côté l'existence de troubles trophiques cutanés assez rares dans le cours de l'ataxie locomotrice. Il s'agit de l'hyperhydrose des pieds et des mains et de la séborrhée du cuir chevelu, si abondantes toutes deux que l'écoulement de la sueur ou de la matière sébacée est presque continu. (L'*Union médicale* publiera incessament le travail de M. Ollivier.)

M. H. Henrot a observé également chez un malade l'hyperhydrose des pieds deux ans après l'apparition des premiers symptômes de l'affection médullaire; de plus, chez le sujet, qui était facteur rural, il y avait un mal perforant double.

Les hallucinations ont été l'objet d'une communication de M. Magnan. Celles-ci peuvent exister parfois d'un côté, ou être doubles, mais différentes d'un côté à l'autre, l'halluciné percevant par exemple des sensations agréables à droite et désagréables à gauche, et réciproquement. Cette constatation est surtout intéressante au point de vue du fonctionnement indépendant des deux hémisphères.

Nous regrettons de ne pouvoir que mentionner brièvement, malgré leur intérêt, les travaux de M. Bernheim sur la suggestion à l'état de veille; de M. Onimus sur la contracture pseudo-paralytique infantile (sera publiée prochainement dans la *Revue des maladies de l'enfance*); de M. Apostoli sur le traitement électrique de la douleur ovarienne chez les hystériques; de M. Stéphanos sur une épidémie récente de choréomanie en Thrace, dont les phénomènes ressemblent beaucoup à ceux que présentent les Aïssaoua; de M. Respault sur les épileptiques, le médecin et les magistrats; enfin de M. Cartaz sur un cas de commotion cérébrale chez un enfant, terminée en sept jours, et que l'auteur a différenciée de l'hémorrhagie et de la contusion cérébrale par le peu de durée des accidents.

Les oculistes, assez nombreux aux sessions précédentes, n'ont été représentés à celle-ci que par deux de nos fidèles, MM. Boucheron et Dransart. Ils ont étudié, le premier, la pathogénie des décollements de la rétine, qu'il attribue à des altérations de la sécrétion des humeurs de l'œil chez les arthritiques et les goutteux, et le second, le traitement de cette affection par l'iridectomie. Par une coïncidence assez rare, l'anatomie pathologique, la pathogénie, la clinique, et les deux auteurs susdits, se sont trouvés d'accord pour préférer ce mode de traitement à tous les autres.

La seule présentation d'instrument qui ait été faite a eu pour auteur M. Mallez et pour sujet un enregistreur des modifications de volume de la prostate. L'instrument nous paraît devoir rendre de grands services; malheureusement il avait été mal emballé, paraît-il, il s'était faussé en route, et il a mal fonctionné lorsque son auteur a voulu démontrer ses mérites. Espérons que tout sera réparé l'année prochaine, car, ainsi que l'a fait notre président, l'ordre du jour étant épuisé, il ne nous reste plus qu'à remercier nos aimables confrères de Rouen de leur accueil cordial et à lever la séance, en donnant rendez-vous aux membres de la section des sciences médicales à Blois en 1884.

L.-H. Petit.

P. S. — Il me faut donner encore, avant de quitter la plume, le résultat de plusieurs votes exprimé au cours de cette session. Le président de notre section sera l'an prochain M. Nicaise. Le vice-président de l'Association française pour l'avancement des sciences sera M. Verneuil, et le vice-secrétaire général M. Napias, tous deux nommés à l'unanimité et par acclamation. En 1885, la session aura lieu à Besançon.

Parmi les conférences générales qui ont eu lieu à Rouen, en dehors des séances de sections, je dois une mention particulière à celle que fit M. Leudet sur les maladies éteintes et les maladies actuelles de cette ville. Cette intéressante page de l'histoire de Rouen, qui, par l'abondance des détails, échappe à toute analyse, est, de tous points, digne de la plume qui a écrit depuis tant d'années le compte rendu des maladies régnantes de la capitale de la Normandie.

Nous pouvons dire toutefois que si les progrès de l'hygiène ont contribué pour beaucoup à la disparition des maladies épidémiques et endémiques, fièvre typhoïde, fièvres intermittentes, scarlatine, etc., ceux de l'alcoolisme paraissent, d'après M. Leudet, faire de grands ravages aussi bien parmi la classe ouvrière que parmi les classes aisées.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 mars 1883. — Présidence de M. Reliquet.

M. le Secrétaire annuel Graux ne peut assister à la séance pour cause de maladie. En son absence, M. le Secrétaire général donne lecture du procès-verbal de la dernière séance. Le procès-verbal, mis aux voix, est adopté.

La correspondance imprimée comprend : le *Journal d'hygiène,* le *Concours médical,* le *Journal des sages-femmes,* le *Progrès médical,* etc.

Etude clinique sur les eaux minérales de Brides-les-Bains, par M. le docteur Philbert.

Les varices vésicales en rapport avec les hémorrhoïdes chez l'homme, par M. le docteur Baraduc.

Double prolapsus ovarien chez une hystérique, compression ovarienne intra-vaginale produisant le transfert, par M. le docteur Baraduc.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. le docteur Apostoli, posant sa candidature au titre de membre titulaire.

Une lettre d'excuses de M. Durand-Fardel, qui ne peut assister à la séance.

—

M. Rougon communique la liste des Sociétés auxquelles ont été adressés des exemplaires du dernier *Bulletin de la Société de médecine de Paris.*

M. le Secrétaire général fait part à la Société de la demande faite pour la bibliothèque de la Faculté de Bordeaux, d'un Bulletin, et annonce que ce Bulletin a été expédié.

M. Duroziez demande que l'on envoie toute la collection des Bulletins.

M. le Secrétaire général fait observer que les frais d'envoi pour toute cette collection seraient par trop élevés, et M. le Président ajoute qu'il suffit pour le moment d'envoyer le volume demandé.

M. Paul Fabre (de Commentry), membre correspondant, qui assiste à la séance, fait remarquer que le ministère de l'instruction publique se charge de l'envoi gratuit pour les Sociétés savantes.

Un membre observe que les envois ainsi faits arrivent à destination quatre et cinq mois après le dépôt, quand ils arrivent.

COMMUNICATION

M. Delasiauve : Dans l'énoncé de la correspondance, M. le secrétaire général a mentionné le *Progrès médical.* Le dernier numéro de cette feuille contient de moi une lettre écrite au *Rappel* et sur laquelle je désirerais attirer l'attention de la Société. Vous connaissez depuis longtemps les attaques violentes dont ont été l'objet et la loi de juin 1838 et les asiles et les médecins d'aliénés.

Elles viennent de se renouveler avec une témérité sans mesure, à propos d'une brochure récente concernant une demoiselle Hersilie Rouy, qui, fréquemment, pendant près de quinze ans, séquestrée dans divers asiles d'aliénés, a fait du bruit dans la presse.

Elle aurait succombé, il y a deux ans, et l'un de ceux qui n'avaient vu en elle qu'une persécutée, a cru devoir encore à son souvenir de la disculper de l'imputation de folie dans un écrit intitulé : *Mémoires d'une aliénée.*

Or, acceptant comme mot d'évangile toutes les assertions, tous les jugements de ce factum, M. Vacquerie, selon sa louable coutume, ne trouve pas sous sa plume d'épithètes assez flétrissantes pour nous jeter à la face. A l'entendre, on ne saurait trop se hâter de déchirer une loi exécrable qui permet au premier cuistre venu dont le corps médical abonde, se rendant complice d'une parenté et d'un chef de maison infâmes, de faire enfermer la personne la plus saine d'intelligence. Un certificat, moyennant finance, et c'est fait.

N'allez pas dire à M. Vacquerie qu'il va trop loin, un grand journaliste comme lui ne se trompe jamais, et il a un moyen sûr de le prouver à ses lecteurs, c'est de jeter au panier toutes les réclamations qui pourraient l'embarrasser. Procédé simple, on le voit, ayant seul la parole, il a toujours raison.

Cette fois, comme toujours, il n'a point dérogé à son honnête coutume. Ma lettre, il n'en a sonné mot. Heureusement le *Progrès médical* l'a recueillie et ceux d'entre vous qui tiendront à s'édifier sur la manière d'abuser des hautes fonctions de journaliste pourront faire la comparaison. Ils se convaincront d'abord qu'en ce qui concerne la liberté individuelle, la loi de 1838 offre toutes les garanties raisonnables que, créant pour les aliénés une tutelle qu'ils n'avaient jamais eue, elle a été un des grands bienfaits de l'époque, bienfait qui se perpétue et se généralise; qu'aucun abus ne lui est dû, que les quatre à cinq monstruosités, dont, depuis 25 ans, on agite périodiquement le spectre devant les populations, se noieraient au milieu des cinquante mille aliénés reçus dans les asiles, que d'ailleurs ces prétendus opprimés, les Garsonnet, les Sandon, etc., ont, de même que Mlle Hersilie Rouy, justifié amplement les mesures prises à leur égard. Quant à celle-ci, M. Vacquerie en aurait trouvé lui-même la preuve dans son article, s'il avait pris sérieusement la peine de se contrôler. Ajouterais-je qu'un démenti formel et qu'il a été obligé d'insérer dans le *Rappel*, lui a été intimé par le frère de la prétendue victime.

M. Rouy fils, au nom de son père et au sien, atteste que sa malheureuse sœur n'a été placée et maintenue que parce qu'elle fut et a toujours été folle.

Que répondre à cela? Rien. C'est ce que M. Vacquerie a fait, il est resté coi. En appeler à une vérification, à une enquête? Non. C'est par là qu'il aurait dû commencer.

Un des torts de la presse politique est de parler de tout, qu'elle sache ou ne sache pas pertinemment! On conçoit dès lors qu'elle s'attache aux sujets qui prêtent par essence aux émotions populaires. Elle est dans son élément. Mais cela n'est pas toujours sans inconvénients. Ici l'abus est grave. Ce qui m'étonne, c'est que le gouvernement n'ait pas songé jusqu'ici à intervenir, en faisant la lumière, en la manifestant hautement. Pour les familles terrifiées, pour les médecins pouvant être appelés à rédiger des certificats, pour les aliénistes ayant droit à la sécurité de leurs fonctions, il n'est pas sain que des erreurs si préjudiciables s'accréditent et s'enracinent.

Mon but, mes chers collègues, n'a pas été seulement, par ces remarques, de vous avertir d'un danger que, certainement, vous aviez pressenti; mais de vous en faire apprécier l'étendue et de solliciter votre concours pour nous aider à le faire disparaître.

Un autre aspect d'ailleurs vous frappera. N'est-il pas à craindre qu'à force d'accréditer cette idée que rien n'est plus simple que de faire enfermer et détenir une personne saine d'esprit dans une maison de fous, une multitude de gens ne sourient à ce procédé et ne s'évertuent à en faire leur profit? Là tendent les folles déclamations de la presse. De sorte que le moyen pris pour mettre un terme à des séquestrations jusqu'ici imaginaires aurait pour résultat de multiplier les séquestrations réellement abusives; on ferait naître et croître, en un mot, le mal qu'on tente de prévenir.

—

M. Charpentier donne lecture de son rapport sur la candidature au titre de membre titulaire de M. le docteur Baraduc. Le rapporteur conclut à son inscription sur la liste des candidats au titre de membre titulaire.

Les conclusions, mises aux voix, sont adoptées. Le scrutin sera ouvert à la prochaine séance.

—

M. Duroziez : Je demande à nos collègues chirurgiens le meilleur mode opératoire dans le cas d'adénite cervicale, quand les ganglions sont encore durs et quand ils sont déjà plus ou moins ramollis. Quelqu'un a recommandé, pour les ganglions durs, des injections de teinture d'iode. Quels sont les résultats obtenus? Pour les ganglions ramollis suppurants, y a-t-il lieu d'aspirer le liquide avec la seringue de Pravaz et de faire des injections iodées?

M. Polaillon : M. Duroziez demande ce qu'il faut faire dans les cas de ganglions suppurés tuberculeux. S'ils ne sont pas très nombreux, de manière à former une tumeur volumineuse, l'indication formelle, à mon avis, est d'enlever ces ganglions par l'instrument tranchant. Les suites des opérations que j'ai pratiquées, en pareil cas, ont été simples et, dans quelques occasions, j'ai obtenu une réunion très prompte. Je pose donc en principe que, chez un individu dont l'état général est satisfaisant, s'il n'y a pas de généralisation et s'il est possible de tout enlever en une seule fois, on doit extirper les ganglions malades.

Quand il s'agit seulement d'hypertrophie lymphatique à la suite d'un refroidissement, et s'il n'y a pas d'antécédents dans la famille, on peut faire résoudre au moyen de l'huile de foie de morue et des préparations iodées.

On a proposé les injections de teinture d'iode, de solution d'iodoforme, c'est un moyen inconstant, infidèle et une pratique qui peut quelquefois hâter la suppuration.

A une période plus avancée, quand la matière tuberculeuse se ramollit, quand les ganglions s'ouvrent, il faut agrandir l'ouverture par une incision, faire sortir la matière tuberculeuse et opérer le grattage des parois. On a ainsi une surface saignante qu'on doit éviter de produire si la surface ganglionnaire est très étendue. On fait ensuite la suture en établissant un drain, et on panse au Lister.

Dans le cas où le foyer purulent n'est pas très volumineux, on peut avoir recours à un autre moyen : on remplit la cavité avec de la poudre d'iodoforme. Ce pansement est renouvelé tous les trois ou quatre jours. Il se forme une croûte qu'on enlève à chaque pansement. Donc, en résumé, si les ganglions sont localisés, on doit les enlever par la dissection; s'ils sont suppurés, il faut gratter le foyer, réunir par première intention et, si l'excavation n'est pas trop considérable, traiter à l'iodoforme.

M. Richelot : Lorsque les ganglions sont arrivés à suppuration, je conviens qu'il n'y a pas autre chose à faire, mais il y a d'autres cas moins avancés, et je ne suis pas de l'avis de M. Polaillon, quand il dit qu'à la première période il faut toujours enlever les ganglions. Je trouve qu'il n'est pas juste de ne pas accorder à l'injection de teinture d'iode la valeur qu'elle mérite.

Il y a une foule de cas dans lesquels les ganglions résistent absolument au traitement par les badigeonnages, les antistrumeux, etc., ou dans lesquels la tumeur est volumineuse et, par conséquent, la cicatrice considérable en cas d'ablation. Il faut, dans ces conditions, donner beaucoup plus d'importance à l'injection de teinture d'iode.

Dans les cas où les ganglions sont durs, il faut injecter 10 gouttes de teinture d'iode: il n'y a pas d'endolorissement, pas de suppuration. Il se fait un travail d'induration interstitielle; au bout de quatre, cinq, six, huit ou dix jours, le ganglion diminue. Quatre à cinq semaines après, il ne reste plus qu'une petite masse dure insignifiante. L'adénite est guérie. Je ne dis pas qu'on réussisse toujours, mais, dans 15 cas environ, j'ai obtenu un succès complet.

M. Polaillon : Au début, la question délicate est celle du diagnostic. Si l'on a affaire à des ganglions tuberculeux d'emblée, les préparations iodées à l'intérieur et en injections ne feront rien. Mais si, au contraire, on se trouve en présence d'une hyperplasie ganglionnaire chez des lymphatiques, dans ces cas, la soustraction de la région au froid, les préparations iodées à l'intérieur et à l'extérieur amèneront la résolution de la tumeur. Comme la guérison se ferait sans injections iodées, elle se fera aussi bien en pratiquant des injections. Mais il est bon de dire que le procédé des injections de teinture d'iode n'est pas aussi innocent qu'il en a l'air ; sous l'influence de cette excitation trop vive, les ganglions peuvent suppurer. A mon avis, il ne faut jamais se hâter de faire l'ablation des ganglions; si la rétrocession par les injections s'effectue, même légère, c'est une indication pour continuer; mais si, au contraire, rien ne se produit, on doit se décider à opérer.

M. Richelot : Je reconnais la difficulté de faire le diagnostic entre une adénite chronique simple et une adénite tuberculeuse. Je ne suis pas de l'avis de M. Polaillon, lorsqu'il dit : « Puisque les ganglions guérissent sans injections iodées, ils guériront aussi bien après injections. » Il y a bon nombre d'adénites chroniques simples contre lesquelles les traitements ont échoué et qui ont guéri par les injections iodées. Dans ces cas-là, peu importe que le ganglion ait été destiné à suppurer, qu'il ait été tuberculeux, les injections de teinture d'iode ont réussi.

M. Luton, dans son travail, s'est proposé de faire suppurer; ici, il ne s'agit pas de détruire les tumeurs ganglionnaires par des injections irritantes, amenant la suppuration locale de tumeurs étendues, il s'agit de déterminer le travail d'induration avec atrophie progressive. Ce traitement réussit dans la majorité des cas.

M. Polaillon : Je répondrai ceci : c'est que les injections de teinture d'iode ne réussissent pas constamment et produisent même des accidents. M. Richelot n'a pas assez d'expérience de ces injections pour dire qu'elles ne peuvent jamais être suivies d'accidents. Il est impossible de prétendre faire résoudre le tubercule : ni teinture d'iode, ni iodoforme ne pourront y parvenir; c'est pour cela que je conseille de se hâter d'enlever le ganglion pour préserver l'individu de la généralisation de la tuberculose.

M. Duroziez : Dans le cas particulier, chez un enfant de 4 mois, peut-on espérer pouvoir faire le râclage sans avoir à craindre des accidents. Je demande quelle est la conduite à tenir chez un enfant déjà malade. Il y a commencement de suppuration. Y a-t-

il intérêt à chercher à nettoyer au moyen d'une seringue de Pravas et à faire des injections.

M. Richelot: Il est vrai que le grattage est le moyen le plus rationnel, mais avant qu'on eût pensé à recourir à ce moyen on guérissait les abcès froids. Il arrive quelquefois que, chez les enfants, on laisse transformer une tumeur ganglionnaire en abcès froid. Dans ce cas, une ponction au bistouri suivie d'une injection phéniquée et d'un pansement de Lister peuvent arriver à produire la guérison en quelques jours.

M. Thorens: J'ai vu chez Giraldès des abcès strumeux en grande quantité, qu'il traitait par le séton filiforme aussitôt que la suppuration se manifestait. J'ai employé fréquemment ce moyen-là sans avoir d'autre cicatrice qu'un simple point. On peut par ce procéde obtenir une prompte résolution.

M. Polaillon: Quant à moi, chez un enfant de 4 mois, je mettrais des cataplasmes et j'ouvrirais le ganglion suppuré.

Le traitement de Lister, chez les enfants, jusqu'à 3 ou 4 ans, est très dangereux; il les empoisonne. Agir de la sorte serait s'exposer à des accidents graves. J'ai eu l'occasion de soigner un enfant qui avait une fracture du pied avec plaies. Cet enfant, traité par le pansement de Lister, est mort dans l'affaiblissement au bout de trois semaines, avec des accidents singuliers. La plaie allait très bien, elle bourgeonnait, il s'était éliminé de petites escharès. Je crois qu'il est mort en partie par résorption phéniquée.

Lister dit qu'il ne faut pas employer les pansements phéniqués chez les enfants au-dessous de 3 ans.

M. de Ranse: J'ai traité des abcès ganglionnaires par le séton filiforme et j'ai obtenu de bons résultats. D'après un auteur allemand, l'iodoforme se présente sous deux formes: la forme amorphe et la forme cristalline; sous quelle forme convient-il le mieux de l'employer? D'après lui, il faudrait donner la préférence à la forme cristalline.

M. Polaillon: Je ne puis répondre à la question posée par M. de Ranse, l'iodoforme que nous employons étant réduit en poudre impalpable. Je n'emploie, du reste, pas beaucoup l'iodoforme, à cause de la facilité avec laquelle certains malades absorbent ce médicament; je préfère le pansement de Lister.

M. de Beauvais: M. Leblond remplace l'iodoforme par la résorcine et en obtient de fort bons résultats. La résorcine a l'avantage de n'avoir pas d'odeur.

M. Bergeron: On peut atténuer sensiblement la mauvaise odeur de l'iodoforme en y ajoutant de la poudre de benjoin.

M. Thorens: Le camphre et à un plus haut degré la coumarine, jouissent également de la même propriété. On a aussi préconisé un autre moyen qui consiste à faire dissoudre dans l'éther et à évaporer.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 24 au 30 août 1883. — — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1,040. — Fièvre typhoïde, 54. — Variole, 3. — Rougeole, 22. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 25. — Diphthérie, croup, 23. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 8. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 38. — Phthisie pulmonaire, 206. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 64. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 38. — Bronchites aiguës, 9. — Pneumonie, 58. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 82; au sein et mixte, 43; — inconnues, 10. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 100; circulatoire, 72; respiratoire, 56; digestif, 48; génito-urinaire, 15; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulat. et muscles, 10. — Morts violentes, 32. — Causes non classées, 4.

Résumé de la 35e semaine. — Il a été notifié au service de la statistique municipale, du 24 au 30 août, 1,040 décès.

Ce nombre est légèrement inférieur à celui de la période précédente, 1,051.

La Fièvre typhoïde, la Rougeole, et la Coqueluche ont causé quelques décès de plus que pendant le précédent septenaire, savoir: la Fièvre typhoïde, 54 au lieu de 49, la Rougeole, 22 au lieu de 20, la Coqueluche, 25 au lieu de 19. Le chiffre des décès dus à la Diphtérie s'est abaissé de 28 à 23.

Les maladies non épidémiques qui ont fourni le contingent mortuaire le plus élevé

sont: la Phthisie pulmonaire, 206 décès. Ce nombre n'avait pas été atteint depuis le mois de juin; la Pneumonie (58 au lieu de 38); l'Athrepsie, 135; les maladies de l'appareil cérébro-spinal et de l'appareil circulatoire, 172.

Le service de statistique a reçu notification de 1,279 naissances vivantes, 954 légitimes, 325 illégitimes.

Il a été célébré, pendant la semaine écoulée, 406 mariages.

Dr Jacques BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

FORMULAIRE

Du sulfate d'atropine dans le coryza. — Gentilhomme.

L'atropine jouissant de la propriété de diminuer la sécrétion nasale, l'auteur a eu l'idée de l'essayer contre le coryza. Dans plusieurs cas très pénibles de coryza avec sécrétions abondantes, fièvre, gêne de la respiration engendrant de véritables accès d'asthme, une pilule d'un demi-milligramme de sulfate d'atropine donnée au commencement de la période inflammatoire a réussi plusieurs fois à l'enrayer. — Dans le cas de coryza confirmé, le sulfate d'atropine produit aussi du soulagement, mais son effet est moins prononcé que lorsqu'il est administré au début. — N. G.

COURRIER

M. Chevreul, membre de l'Académie des sciences, directeur du Muséum d'histoire naturelle, entre aujourd'hui dans sa quatre-vingt-dix-huitième année. Malgré son grand âge, il prend le titre modeste de *doyen des étudiants*, pour s'en faire une gloire; mais on pourrait l'appeler plus justement le doyen des maîtres, car soixante ans de travaux exceptionnels et de services rendus en ont fait une des plus pures renommées de la France.

M. Chevreul est né à Angers le 31 août 1786, et, à l'âge de seize ans et demi, il entra à l'Ecole centrale de cette ville, où il eut Béclard pour condisciple.

En 1811, après des études remarquables, il fut nommé aide-naturaliste au Muséum. Quelques années après, il était examinateur à l'Ecole polytechnique, professeur de mathématiques au lycée Charlemagne, et enfin directeur des tentures et professeur de chimie à la manufacture des Gobelins.

En 1826, il succéda à M. Proust, dans la section de chimie, à l'Académie des sciences, où sa réputation s'affirma bientôt par un ouvrage sur les corps gras d'origine animale. Cet ouvrage lui a valu, de la part de la Société pour l'encouragement de l'instruction nationale, le prix de 12,000 francs, fondé par le marquis d'Argenteuil.

M. Chevreul devint enfin directeur du Muséum, où il a rendu les plus grands services. Depuis 1875, il est grand-croix de la Légion d'honneur.

L'un des membres les plus actifs de l'Institut et de la Société d'agriculture, M. Chevreul fait encore des cours au Jardin des Plantes, et dirige une partie des travaux de la manufacture des Gobelins.

— A l'occasion de son livre sur le *Traitement et la curabilité de la Phthisie pulmonaire*, M. le professeur Jaccoud vient d'être nommé commandeur de l'ordre du Christ, de Portugal.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Hôpital de la Charité. — M. Desprès.

Épiplocèle crurale étranglée,

Leçon recueillie par M. Brunon, interne du service.

Avant-hier, il est entré dans nos salles une malade qui nous est envoyée par le docteur Morère (de Palaiseau), médecin expérimenté, qui a, dans le pays, une légitime réputation.

Cette femme, âgée de 42 ans, porte, depuis trois ans environ, une hernie crurale gauche qui, paraît-il, ne rentre pas toujours complètement, même dans le décubitus dorsal. Depuis longtemps elle a remarqué qu'une petite « grosseur » persiste souvent. Il n'y a jamais eu, du reste, d'accidents dignes de remarques.

Notre malade est, comme vous avez pu l'entendre à la visite, employée chez des maraîchers et, par conséquent, soumise à des travaux assez pénibles, exigeant des efforts musculaires relativement considérables sans que jusqu'ici sa hernie se soit étranglée.

Le 30 mai, c'est-à-dire il y a huit jours, la hernie sort et, malgré les manœuvres de la malade, ne rentre pas ; en même temps il survient un vomissement alimentaire. M. Morère est appelé, il reconnaît sa hernie et se garde bien de donner un purgatif. Remarquez cette prudence et imitez-la.

Le 31 mai, les vomissements persistent, alimentaires d'abord et ensuite bilieux. Ils ne SONT PAS FÉCALOÏDES.

Sur ce point j'ai interrogé la malade avec grand soin et elle nous a toujours affirmé que les matières vomies étaient jaunes ou verdâtres, étaient amères et ne rappelaient en aucune façon l'odeur des matières fécales.

En même temps que les vomissements, il était survenu des coliques atroces

---

FEUILLETON

L'organisation de la médecine publique en Angleterre.

Il y a beaucoup à apprendre dans le livre récent de M. Douglas Hogg (1), sur l'organisation de la médecine publique en Angleterre. Il y a aussi beaucoup à méditer pour ceux qui préparent la réforme de nos institutions françaises d'hygiène. Pour faire œuvre durable, il ne suffit pas comme le veulent quelques réformateurs de créer de nouveaux emplois. A l'exemple de nos voisins, il serait plus sage et plus économique de faire d'abord entrer l'hygiène dans nos mœurs et d'assurer l'éducation hygiénique du pays. Cette œuvre demande de la patience, n'exige pas le concours de certaines individualités et est à coup sûr plus difficile que d'émarger au budget. On ne la suivra sans doute pas.

Quelle est donc la cause de la supériorité de l'organisation de la médecine publique en Angleterre ? Ce n'est pas dans la jurisprudence qu'il faut la chercher, car les règlements n'y sont pas plus complets qu'en France.

Là-bas, seulement on a eu l'heureuse idée de les codifier dans le *Public Helth Act* de 1875. A cette différence près, l'ensemble de notre législation ne présente pas de lacunes plus grandes que la réglementation sanitaire en vigueur sur les bords de la Tamise.

(1) La *Médecine publique en Angleterre*, par Walter Douglas Hogg. — Paris 1883. — G. Masson.

et beaucoup plus douloureuses « qu'un accouchement », suivant l'expression de la malade.

Les symptômes d'étranglement se dessinaient donc graduellement; on parla d'une opération possible, et M. Morère m'envoya sa malade, dont la hernie lui semblait un peu en dehors des règles communes.

Elle arriva le lendemain, c'est-à-dire huit jours après le début des accidents; elle arriva dans une voiture de maraîcher mal suspendue. Quand elle entra dans la salle, elle était dans la plus vive anxiété; ses douleurs étaient au paroxysme, sa face était couverte de sueurs, les coliques lui faisaient pousser des cris. Elle devint plus calme une fois couchée. A la visite du soir, nos internes ne constatèrent pas de symptômes graves. Cependant ils me signalèrent le cas, suivant mes instructions, et je vins.

La tumeur, du volume d'une petite noix aplatie, était molle, peu douloureuse, la pression la réduisait en partie et donnait la sensation, non pas d'un vrai gargouillement, mais simplement de la rentrée d'une certaine quantité de liquide dans le ventre; en même temps on percevait un léger, très léger frottement de petites masses dures par place.

Deux heures après l'arrivée à l'hôpital, il était survenu une selle assez abondante; lorsque j'arrivai près de la malade, cet événement heureux venait de se produire.

En présence de cet ensemble de faits je n'hésitai pas à dire que nous avions affaire à une hernie épiploïque crurale étranglée, réduite en partie et arrivée au terme de son évolution la plus naturelle.

L'épiplocèle est encore assez mal connue dans sa marche, et il y a peu de temps encore, j'entendais dire à la Société de chirurgie qu'il était indifférent de pratiquer la kélotomie, qu'on eût affaire à une épiplocèle ou à une hernie intestinale, que le diagnostic de l'épiplocèle pure étranglée ne pouvait être fait sûrement, et que les signes d'étranglement, à eux seuls, justifiaient l'intervention.

Il m'est absolument impossible d'accepter l'opinion de mes collègues de la Société de chirurgie, et il est de mon devoir de vous dire : en présence d'une épiplocèle étranglée, n'opérez jamais. La loi est précise, mais je le répète, c'est à la condition que le diagnostic soit juste, et vous venez de voir que le diagnostic, si difficile qu'il soit, est néanmoins possible. Voici sur quelle base j'ai fait reposer le mien :

Mais, si théoriquement l'une et l'autre réglementation ont la même valeur, on doit reconnaître que pratiquement le législateur anglais a su concéder aux fonctionnaires sanitaires une autorité que les nôtres ne possèdent pas, et leur imposer une responsabilité réelle, effective et permanente, inconnue dans notre pays. Là-bas les agents sont bien soumis aussi au contrôle hiérarchique, mais ne savons-nous pas par expérience ce que vaut cet unique contrôle ? Ce contrôle n'est pas le seul et en fait le véritable contrôleur de leurs actes est l'administré lui-même, c'est-à-dire le véritable intéressé.

Tout électeur anglais peut en appeler des décisions de ces fonctionnaires, signaler leur négligence, leur inaptitude et leurs erreurs. Nommés en général par les corps municipaux qui les payent et au besoin les révoquent; indépendants de tout souci de clientèle, ces agents font de l'hygiène pratique, sans se préoccuper ni du vent politique, ni des hommes de la veille, du jour ou du lendemain.

Aussi, avec cet esprit de liberté et de *self government* qui l'anime, chaque électeur anglais exerce sur eux une surveillance intelligente et continuelle. Voilà pourquoi les fonctions sanitaires sont sérieusement comprises et honorablement remplies.

Les premières mesures d'hygiène publique ont été l'œuvre des communes; plus tard le gouvernement est intervenu par la création du *Local government board*, établi par l'acte du Parlement du 1er août 1871. Cette administration centrale était destinée à unifier ces efforts, à les surveiller, à les stimuler et à aider les districts et les paroisses en détresse ou en retard.

Tel est le rôle du *Local government board* dont les membres de droit sont : le président du Conseil privé, les principaux secrétaires d'État, le chancelier de l'Échiquier et le garde du sceau privé. Il lui est adjoint le personnel habituel de toute administration an-

1° L'irréductibilité de la hernie et les premiers accidents ont déjà huit jours de date, et depuis huit jours, ces accidents sont survenus irrégulièrement.

Le lendemain du début, il y a un moment de calme. Ce calme se maintient quatre jours ; puis les accidents reviennent très intenses. S'il s'agissait d'un intestin étranglé, les accidents auraient été *en augmentant*, et d'autant plus vite que la hernie était plus petite.

2° Les vomissements ont d'abord été alimentaires, puis bilieux. Ils n'ont jamais été « incessants ».

Si la hernie avait été intestinale, les vomissements fécaloïdes seraient survenus vingt-quatre heures après le début au plus tard;

3° La malade dit avoir rendu des gaz;

4° Enfin, elle était dans la plus vive anxiété au moment de l'entrée. Quelques jours après, un amendement général survenait tout à coup. J'insiste sur la marche des accidents: leur disparition brusque est un fait de la plus grande valeur, selon moi.

L'a-t-on jamais retrouvé dans la hernie intestinale?

C'est toujours ainsi que les choses se passent; l'étranglement de l'épiploon cause des douleurs vives, une paralysie réflexe des intestins, des vomissements non fécaloïdes, puis il y a des rémissions, puis les douleurs arrivent à leur paroxysme, et c'est à ce moment précis que la réduction s'effectue.

Votre diagnostic posé, instituez votre traitement sans hésitation; il consiste à ne rien faire, chose difficile pour quelques-uns, mais qui a pleinement réussi dans notre cas.

Appliquez sur le ventre deux couches de teinture d'iode pour exercer une révulsion sur le péritoine et ne nourrissez le malade qu'avec des aliments liquides.

Dès le soir même de l'entrée, la malade avait une selle et rendait des gaz; le ballonnement du ventre disparaissait; aujourd'hui elle est guérie, mais elle retournera à Palaiseau avec un bandage que nous allons lui délivrer.

(*Nota.* — La malade est sortie de l'hôpital, guérie, le dimanche 10 juin.)

---

glaise : secrétaires, commis, clercs, courriers, etc., etc. De plus, et c'est là le point important de cette organisation, il possède des *Inspecteurs*, chargés d'instruire et d'examiner les affaires. A l'autorité scientifique, ces fonctionnaires ajoutent la puissance du magistrat dans les cas de plaintes et de contestations. Il faut ajouter encore que le *Local government board* n'est pas uniquement un Conseil sanitaire et possède sur les travaux publics la voirie, l'administration et la comptabilité communales des attributions, qui en France sont celles de bureaux des ministères de l'intérieur, du commerce et des travaux publics.

En matière de police sanitaire, cette autorité centrale, qui est à la fois chargée de préparer les décisions et d'en assurer l'exécution, ne possède cependant qu'un pouvoir limité. Ici, ce sont les paroisses, les districts, isolés ou réunis en groupes ou *Unions* qui ont mission de pourvoir aux besoins sanitaires locaux. Le *Local government board* se substitue seulement à ceux de ces groupes municipaux qui manquent à ce devoir social. C'est donc de la décentralisation communale, ou, si vous le voulez bien, de l'autonomie, mais de l'autonomie à la bonne manière, bien différente de celle que l'avenir nous réserve peut-être.

Les organes indispensables de ces institutions locales sont les Conseils sanitaires locaux. Par l'acte de 1872, le conseil supérieur contrôle leurs actes, réprime leur négligence ou les abus qu'ils commettent quand les plaintes des particuliers sont justifiées par une enquête. Chaque *Local board* se recrute comme les municipalités, c'est-à-dire par voie d'élection, et se divise en commissions spéciales ayant chacune pour mission de s'occuper d'une des branches du service sanitaire : logements, garnis, eaux, cimetières, égouts, abattoirs, usines insalubres, voirie, mesures prophylactiques contre les épidémies,

Nous demandons à M. Desprès la permission de rectifier une de ses assertions : il n'a pas été dit à la Société de chirurgie qu'il fût « indifférent d'opérer, qu'on eût affaire à l'intestin ou à l'épiploon ». Mais on a dit que, « dans certains cas, c'est rendre service aux malades que de les débarrasser de leur épiplocèle, et que cette opération ne doit pas être absolument proscrite ». (Soc. de chir., séance du 23 mai 1883). Comment en serait-il autrement, à une époque où la kélotomie se fait avec une si grande sécurité, à la faveur de ces manœuvres antiseptiques dont M. Desprès a une sainte horreur? On peut dire que la kélotomie réussit toujours, entre des mains habiles aux pansements modernes, quand l'étranglement *intestinal* n'a pas duré assez longtemps pour amener des lésions graves du tube digestif ou un retentissement irrémédiable sur les centres nerveux. A plus forte raison réussit-elle, s'il n'y a pas d'anse intestinale compromise ; en pareil cas, c'est une opération franchement bénigne, et, s'il vaut encore mieux ne pas la faire quand l'épiplocèle n'entraîne pas de gros inconvénients (règle de chirurgie à laquelle nous souscrivons absolument), on peut soutenir que, dans d'autres conditions, en présence des inflammations épiploïques fréquentes et de la menace d'une entérocèle consécutive, il est *quelquefois* légitime d'intervenir de parti pris.

Aussi bien, ce n'est pas ainsi que la question se pose en général. Dans le cas de M. Desprès, l'émission des gaz et des matières fécales, au bout de plusieurs jours, excluait d'emblée, à défaut des autres signes notés par l'auteur, l'étranglement intestinal. Mais souvent, l'épiplocèle étranglée simule entièrement la constriction de l'intestin, et le diagnostic est impossible ou au moins très douteux pendant les premières heures. Or, la décision doit être à peu près immédiate, et M. Desprès sait fort bien qu'en présence d'une hernie douteuse, il est défendu de s'abstenir. C'est alors que les chirurgiens prudents font la kélotomie, et sont quelquefois étonnés de se trouver en présence de l'épiploon seul. Doivent-ils se repentir d'être intervenus? Bien loin de là, car l'abstention aurait pu leur coûter cher, et ils ont fait, en somme, une opération bénigne, dont les suites sont heureuses quand elle est bien conduite, et qui peut débarrasser le malade d'une infirmité fort gênante et de graves dangers pour l'avenir. — L.-G. R.

---

hôpitaux, etc., etc. Vient-il à négliger des mesures utiles? Le Conseil supérieur a le droi de les lui indiquer, parfois même de les imposer d'office. Les agents spéciaux et compétents, attachés au *Local board*, sont : le *Medical officer* (médecin sanitaire), l'inspecteur de salubrité *(Inspector of nuisance)*, des architectes et le *Public analyst*, chargés plus spécialement de vérifier la qualité des denrées alimentaires et d'en prévenir les fraudes.

Le *Medical officer* est nommé, surveillé et révoqué par les Conseils locaux; excepté dans les districts où l'indemnité de ce fonctionnaire, n'étant pas prélevée sur le budget particulier des paroisses est à la charge du *Local government board*. Ces agents sont pris parmi les praticiens enregistrés légalement; ils se consacrent entièrement à leurs fonctions sanitaires et ne s'occupent pas de clientèle. Chaque district de 15,000 habitants pos sède un ou plusieurs *Medical officers*, ayant pour mission de s'informer des dangers qui menacent la santé publique du district, de l'origine et de la répartition des maladies, des moyens prophylactiques contre les épidémies, des contraventions signalées par l'inspecteur de salubrité, de la surveillance des denrées alimentaires qu'il fait analyser par le *Public analyst* et de la visite des établissements insalubres. Aux séances du *Local board*, il rend compte des mesures d'urgence et de celles dont il demande l'exécution; à la fin de chaque exercice il adresse un rapport général sur la mortalité, les maladies et les opérations de l'année, et notifie immédiatement toute épidémie au *Local government board*. Les mesures répressives sont ordonnées sur sa proposition par le Conseil, dont le secrétaire poursuit au nom collectif de tous les conseillers. Les intérêts particuliers sont sauvegardés par le recours au *Local government board;* d'ailleurs les conflits sont rares et les décisions du *Local board* très impartiales.

L'*Inspector of nuisance* relève les infractions aux règlements concernant la salubrité e

JOURNAL DES JOURNAUX

Travaux de la *Revue de chirurgie*, mai, juin, juillet 1883.

Contribution à la résection pathologique du poignet, par G. Nepveu. — 1° Les résections carpienne, radio-carpienne et carpo-métacarpienne pour cas pathologiques ne compromettent pas beaucoup la vie, surtout lorsqu'elles sont traitées antiseptiquement.

2° Elles donnent parfois de bons résultats, en ce qu'elles suppriment l'affection locale et conservent un membre qui fonctionne utilement et convenablement.

3° Mais les résultats complets sont assez rares, ne s'observent guère que dans le quart des cas; on constate beaucoup plus fréquemment la guérison incomplète, le rétablissement très-imparfait des usages du membre, en un mot l'insuccès opératoire et l'insuccès fonctionnel.

4° Les terminaisons plus graves sont également communes (amputation consécutive, continuation de la maladie générale, tuberculose pulmonaire). . .

5° Au point de vue de la guérison définitive et complète, la puissance curative des résections du poignet est donc faible. On ne pourra d'ailleurs l'apprécier qu'à l'aide de faits plus nombreux et suivis beaucoup plus longtemps qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour. . .

8° Il faudrait n'opérer qu'après avoir épuisé les ressources complètes de la thérapeutique conservatrice : immobilisation, compression, révulsion, drainage, bains antiseptiques prolongés, etc. La combinaison de ces moyens donne des résultats excellents dans des cas où l'état constitutionnel est grave à ce point d'interdire toute opération chirurgicale. Elle peut supporter le parallèle sans désavantage avec les résections dans les cas où celles-ci paraissent légitimement indiquées. . .

De la résection du genou, par Ollier. — 1° Les pansements antiseptiques ont changé complètement les indications et le pronostic de la résection du genou..... Il serait irrationnel aujourd'hui de continuer à faire des amputations de cuisse pour les cas où la résection est applicable.

2° Chez les jeunes enfants, à cause des dangers qu'elle présente au point de vue de l'accroissement ultérieur de l'os, il faut continuer à insister sur l'expectation méthodique dans la suppuration du genou, et sur l'emploi des moyens plus simples : arthrotomie, abrasion articulaire, drainage, etc..... On doit recourir à l'ampution dans les formes graves de l'arthrite tuberculeuse; c'est la seule opération rationnelle.

3° La gravité de la résection du genou n'est pas plus grande aujourd'hui que celle de l'amputation de la cuisse.....

4° On doit toujours chercher l'ankylose osseuse après la résection du genou, mais il faut combiner l'opération de manière à avoir une articulation solide dans les cas où, pour un motif ou pour un autre, l'ankylose ne pourrait pas être obtenue.

---

la propreté de la voie publique, les contraventions à la distribution des eaux; veille sur les débits de substances alimentaires, et met à exécution les ordres du *Médical officer* relativement à l'assainissement et aux mesures de prophylaxie. Il est placé sous les ordres de ce dernier et a le pouvoir de prendre l'initiative de certaines mesures, quitte à en rendre compte à qui de droit.

Le *Surveyor* est habituellement un architecte ou un ingénieur; il exécute les décisions du Conseil en ce qui concerne les constructions des voies de communication, ou les égouts, surveille leur entretien et avec l'autorisation du Conseil pénètre dans les habitations et visite l'état des fosses et des conduites d'eau.

Les *Public analysts* sont des chimistes experts ayant mission de vérifier la qualité des substances alimentaires et pharmaceutiques. Les prélèvements se font suivant un règlement analogue à celui du laboratoire municipal de Paris. En Angleterre, la loi sur les falsifications est sévère, et toute tromperie de cette nature entraîne une amende pouvant s'élever à 1,250 francs pour un premier délit et jusqu'à une peine de six mois de prison en cas de récidive. En général, les rapports des *Public analysts* sont acceptés sans contestation, et en 1879, sur 17,574 analyses, les délinquants n'ont réclamé que vingt et une fois la contre-expertise des chimistes de Somerset-House.

Nous ne suivrons pas M. Hogg dans tous les détails administratifs de cette organisation. Une imitation servile des institutions de nos voisins ne serait pas la meilleure des réformes pour la médecine publique en France. Seulement, chez eux, on ne se contente pas de faire un appel, souvent banal, aux conseils des hommes compétents; on fait appel à leur initiative et on leur confie l'exécution des mesures sanitaires. En fait, le *Medical officer* et les *Local board* ont toute la responsabilité de cette organisation.

5° La méthode sous-périostée nous permet d'arriver à ce résultat.....

7° Toutes les incisions transversales antérieures découvrant largement l'articulation peuvent être appliquées. Il faut seulement faire ces incisions moins étendues en largeur qu'on ne l'a fait jusqu'ici, car il est important de ménager les ligaments latéraux. Il faut alors faire au niveau du bord postérieur des condyles et de chaque côté une incision de décharge pour drainer le foyer de la résection.

8° Dans les suppurations chroniques de l'articulation, il faut généralement enlever la rotule, en conservant son revêtement périostique antérieur. On rétablit par la suture la continuité du ligament rotulien divisé.....

10° Dans les ankyloses osseuses du genou, l'ostéoclasie sus-condylienne doit être la méthode d'élection.....

11° L'ostéotomie sus-condylienne ou la résection seront préférables lorsqu'on aura lieu de craindre la déchirure des vaisseaux et nerfs poplités englobés dans le tissu cicatriciel.....

De la résection circulaire et de la suture de l'intestin dans la cure des hernies étranglées gangrenées et de l'anus contre nature, par Bouilly et Assaky. — Cette revue critique est la suite et le complément d'un autre travail paru dans le même recueil (*Revue de chir.*, 1881, n° 1) et dont nous avons rendu compte en temps et lieu.

M. Bouilly étudie les faits de résection intestinale à la suite des auteurs étrangers qui ont déjà traité la question, mais son but n'est pas tout à fait le même; il ne cherche pas seulement à dresser une table de la mortalité ou de la guérison, impuissante à faire apprécier la valeur exacte de l'opération, mais il s'efforce d'en poser les indications et les contre-indications et de discerner la cause des succès et des revers.

I. — En ce qni concerne la hernie gangrenée, l'auteur pense que la résection de l'anse intestinale suivie de la suture immédiate des bouts sains et de la réduction, est autorisée dans les conditions suivantes :

1° Toutes les fois que l'état général de l'opéré ne sera pas assez mauvais pour faire redouter la durée plus grande de l'opération et l'administration prolongée du chloroforme (syncope, refroidissement, congestion pulmonaire, etc.);

2° Que l'examen minutieux permettra de rejeter l'existence d'une péritonite généralisée ou d'une grave complication quelconque;

3° Que l'on pourra constater au moment de l'opération qu'il n'y a pas de matières fécales épanchées dans le péritoine;

4° Que l'on croira pouvoir facilement attirer à l'extérieur toute la portion intestinale et mésentérique gangrenée et réséquer dans les portions saines tant de l'intestin que du mésentère;

5° Que l'on pourra rétablir d'une manière solide et efficace la continuité de l'intestin sans être gêné par une trop grande différence dans le calibre des deux bouts réséqués.

Cette indépendance implique une responsabilité directe vis-à-vis des administrés et est la meilleure garantie de bonne exécution des règlements. Aussi, depuis la promulgation du *Public Helth Act*, la mortalité moyenne a diminué de 5 p. 100 dans tout le Royaume-Uni, de 10 p. 100 dans neuf districts et de 22. p. 100 à Liverpool. Mais il est permis d'espérer une atténuation plus grande quand la prophylaxie des maladies contagieuses sera mieux connue et mieux appliquée.

De tels chiffres montrent les heureux résultats de l'initiative des communes, des villes et des départements. Ce n'est guère que le jour où, dans notre pays, les municipalités entreront dans cette voie qu'on pourra utilement créer une direction sanitaire centrale analogue au *Local board government*.

L'organisation des *Local board* et l'institution d'agents analogues aux *Medical officers* est-elle possible dans l'état actuel de la législation française? C'est là une question de droit qu'il appartient aux jurisconsultes d'examiner; en tout cas elle est utile, indispensable même; cette considération devrait lui attirer l'attention des pouvoirs publics.

Le livre de M. Douglas Hogg sera lu avec profit par ceux qui considèrent les questions sanitaires autrement que comme des questions de fonctions et de fonctionnarisme. Quelques Universités anglaises ont des cours spéciaux à l'usage des candidats aux postes de *medical officer*; ne serait-il pas désirable, comme on l'a déjà demandé, qu'un diplôme spécial fût exigé en France de ceux qui veulent faire de la médecine publique leur profession? En plus de la garantie sociale, il y aurait là un grand avantage, celui de couper court à de trop bruyantes ambitions.

Alors seulement il sera facile d'étendre les attributions de nos conseils d'hygiène, d'augmenter leurs prérogatives et de leur conférer le droit d'initiative: décentralisation

Cependant, comme la suture de l'anse réséquée et réduite peut être insuffisante, se rompre dans l'abdomen et produire un épanchement stercoral, comme d'autre part l'anus contre nature établi par la méthode classique expose, lui aussi, à un épanchement stercoral, au développement d'une péritonite par propagation, enfin à l'établissement définitif d'un orifice anormal n'ayant aucune tendance à l'oblitération spontanée, l'auteur se demande s'il n'y aurait pas lieu d'instituer une *méthode mixte*, qu'il ne peut encore appuyer que sur un seul fait personnel, mais qui paraît fort heureusement conçue : elle consisterait à faire la résection totale des parties gangrenées et la suture des bouts réséqués, *en laissant subsister une petite fistule stercorale*, sans réduction, bien entendu, de la partie suturée. Cette pratique supprimerait les incertitudes et les dangers de la suture intestinale complète, et mettrait le sujet dans la condition la plus favorable soit pour la cure spontanée de la fistule stercorale, soit pour son traitement par une opération simple, généralement heureuse et bénigne.

II. — Quant à la cure de l'anus contre nature par la résection circulaire et la suture, l'auteur la croit indiquée :

1° Dans les cas où des tentatives antérieures, la compression, l'application de l'entérotome, les sutures, l'autoplastie ont été suivies d'insuccès ;

2° Quand l'examen méthodique fait reconnaître la difficulté de se rendre un compte exact de l'état des parties ; mieux vaut alors une intervention large et franche qu'une tentative incomplète et avortée, faisant courir à l'opéré les mêmes dangers sans lui offrir les mêmes chances de succès ;

3° Quand on aura reconnu une disposition anormale des bouts intestinaux, leur superposition, leur croisement, leur éloignement l'un de l'autre, ou une différence notable de calibre entre le bout supérieur et le bout inférieur, ou plusieurs perforations sur le même point ;

4° Quand il existe un renversement irréductible de l'un des bouts de l'intestin et à plus forte raison des deux ;

5° Quand il y a complication d'un prolapsus étendu de la muqueuse avec ou sans invagination de la portion intestinale sus-jacente ;

6° Quand on reconnaîtra un anus contre nature sans éperon, constitué par une de ces larges pertes de substance qu'une suture des bords de l'orifice est impuissante à combler.

Evacuateur simplifié pour la lithotritie rapide, par Bigelow. — Une qualité essentielle pour un évacuateur, c'est de retenir sûrement les fragments aspirés. Or, tous les instruments connus peuvent attirer les fragments au dehors, mais peu sont capables de les y garder. Un chirurgien n'injecterait pas de propos délibéré des corps étrangers dans la vessie d'un malade; aussi doit-il trouver quelque chose de mauvais dans un appareil

---

en matière d'hygiène et au profit des départements et des communes, création des *Medical officers*, voilà donc en quoi l'exemple de l'Angleterre pourrait nous être utile pour compléter et perfectionner nos institutions sanitaires déjà existantes. Ces mesures ont-elles quelque chance d'être adoptées? Il y a lieu d'en douter; le corps médical n'a pas même, à la Chambre ou au Sénat, l'oreille des administrations françaises.

L. D.

Cigarettes antiasthmatiques. — Hepp.

Extrait de stramonium.	5	grammes.
Alcool à 36°.	50	—
Tabac en feuilles.	100	—
Iodure de potassium.	5	—
Nitrate de potasse	5	—

L'extrait de stramonium, qui doit être préparé avec parties égales de feuilles et de semences, est dissous dans l'alcool. On fait absorber cette solution par les feuilles de tabac et on les sèche. On les humecte de nouveau avec la solution d'iodure de potassium et de nitrate de potasse; on sèche encore une fois et on divise en cent cigarettes, qui contiennent chacune 0 gr. 05 centigr. d'extrait de stramonium et 0 gr. 05 d'iodure de potassium. — Le professeur Hirtz reconnaissait à ces cigarettes une efficacité réelle contre l'asthme. — N. G.

qui l'oblige à aspirer vingt fois de suite le même débris pour l'enlever définitivement.

L'auteur recommande un « évacuateur simplifié » dont la construction repose sur cette idée, que l'expédient le plus simple pour collecter les fragments de manière à ce qu'ils se déposent tranquillement dans un récepteur, est de les recevoir dans la poire et de les empêcher d'en sortir. Après beaucoup d'essais, il n'a rien trouvé de plus efficace qu'un cylindre droit à parois perforées, qui est en réalité un prolongement du cathéter dans la poire. L'eau, après avoir emporté les fragments hors de la vessie, est filtrée pendant son retour. A l'extrémité ouverte de ce cylindre perforé, on peut fixer un clapet d'une espèce quelconque, se fermant sous l'action du courant de retour et coupant la retraite aux fragments, tandis que l'eau seule retourne dans la vessie à travers la paroi perforée du cylindre. Tel est l'appareil dont M. Bigelow donne la description et énumère les avantages.

De l'arthrite tuberculeuse primitive ou tuberculose des synoviales articulaires, par F. Arnaud. — Conclusions :

1° La tuberculose des synoviales articulaires est: *primitive* et indépendante de lésions osseuses, ou *secondaire* (ostéo-arthrite) et consécutive au développement des tubercules des épiphyses, suivant le mode étudié par Volkmann et par M. Lannelongue;

2° La tuberculisation *primitive*, la seule que l'auteur étudie dans ce travail, se manifeste dans la synoviale sous les deux formes anatomiques de granulation grise, et de tubercule élémentaire microscopique.

Le tubercule élémentaire accompagne toujours la granulation; mais il peut exister seul, indépendamment de toute lésion tuberculeuse visible à l'œil nu;

3° Les tubercules synoviaux ont été surtout découverts et étudiés dans le tissu des fongosités. On peut les observer aussi en l'absence d'altérations fongueuses, et encore dans les trajets fistuleux, dans la paroi des abcès péri-articulaires, partout où le néoplasme a pu se développer par une véritable inoculation;

4° La nature tuberculeuse d'une arthrite chronique peut passer facilement inaperçue, si on ne contrôle pas à l'aide du microscope l'observation faite à l'œil nu. Il sera bon, dans tous les cas d'arthrites avec ou sans lésions osseuses, de faire un examen anatomique et histologique complet de la synoviale et des tissus péri-articulaires, si l'on veut arriver à établir la proportion relative des arthrites tuberculeuses ;

5° L'auteur croit que les recherches ultérieures arriveront à démontrer la nature tuberculeuse d'un certain nombre de tumeurs blanches des parties molles, d'arthrites chroniques fongueuses ou non, attribuées jusqu'ici à la scrofule, au rhumatisme ou à des causes inconnues.

Citons encore: *Quelques remarques sur la trépanation des os dans certains cas d'ostéo-périostite diffuse chez l'adolescent*, par Schwartz; *Etude sur les névromes multiples*, par Launois et Variot; *Note sur un cas de ganglion articulaire du genou*, par Nicaise; *Des gommes de la verge*, par Ozenne; *Les déviations latérales du genou et leurs méthodes de traitement*, important travail de Mikulicz, analysé avec détails par E. Muller; enfin le volumineux mémoire de Petit et Verneuil, en cours de publication, *Asphyxie locale et gangrène palustres*. — L.-G. R.

BIBLIOTHÈQUE

Contribution a l'étude expérimentale de l'action physiologique du sulfate de quinine. (Action sur la circulation, pouvoir toxique, effets convulsivants). Thèse inaugurale (juin 1883), par M. G. Soulier.

Les conclusions de ce travail important, fait au laboratoire de l'Hôtel-Dieu et au laboratoire de M. Vulpian, avec l'aide de M. Bochefontaine, sont les suivantes :

I. Le sulfate de quinine, soit en solution acide, soit en solution neutre, a une action irritante sur les tissus, qu'il détruit en produisant des eschares, généralement sans provoquer une suppuration considérable. Chez la grenouille, on n'observe pas d'eschares.

II. La dose de sulfate de quinine mortelle pour les grenouilles de taille ordinaire est de 2 centigr. 50 pendant l'hiver et avant l'accouplement et la ponte; chez les animaux épuisés par la fécondation, cette dose est seulement de 1 centigr. 50.

20 centigr. de substance introduits sous la peau d'un cobaye adulte amènent la mort au bout de deux heures.

Chez le lapin, la dose de 1 gr. administrée de la même manière est mortelle au bout de deux heures.

Chez le chien, l'ingestion intra-stomacale de sulfate de quinine ne produit pas la mort, l'animal vomissant une partie de la substance ingérée ou bien l'absorbant avec une lenteur telle qu'elle est éliminée au fur et à mesure de son absorption et ne se trouve jamais dans l'économie en quantité suffisante pour produire la mort.

L'injection sous-cutanée de 2 gr. tue un animal du poids de 12 kilogr. en six heures environ.

III. Le premier effet de la quinine est de produire une accélération des battements du cœur, puis, au bout d'un temps variable selon les doses de médicament, de ralentir cet organe.

IV. Au début de l'action, il y a des intermittences d'augmentation de la pression sanguine. Pendant cette période il y a, en réalité, augmentation de la tension intra-artérielle, le pouls restant accéléré. La pression normale diminue ensuite progressivement jusqu'à descendre de 19 centimètres à 6 centimètres, si la dose est mortelle. Enfin l'accélération du pouls cesse, et même le pouls devient plus lent qu'à l'état normal.

V. Tous ces phénomènes s'observent après la section des nerfs pneumogastriques chez les mammifères supérieurs (chiens). Chez la grenouille, l'atropine et la muscarine ne modifient pas le ralentissement du pouls produit par la quinine. Le ralentissement du cœur est donc dû à une action de la quinine sur l'appareil cardiaque lui-même.

VI. On n'observe jamais, à quelque période que ce soit, l'asystolie, l'arrhythmie, l'ataxie cardiaque, l'irrégularité qui ont été signalées, bien à tort, dans ces derniers temps.

VII. Le sulfate de quinine produit chez les animaux à sang froid de l'engourdissement, de la résolution paralytique, de l'affaiblissement général; la mort arrive, c'est-à-dire que le cœur cesse de battre, alors que la rigidité cadavérique est déjà commencée; dans aucune expérience on n'a pu constater la moindre convulsion.

Chez les animaux à sang chaud, les premiers phénomènes observés sont le balancement latéral de la tête, accompagné d'affaiblissement général, d'incoordination des mouvements, phénomènes connus sous le nom d'ivresse quinique; puis l'affaiblissement s'accuse et les vomissements surviennent ; l'animal s'affaisse sur le thorax et le cou, et c'est alors que, dans un certain nombre de cas seulement, l'animal est pris de convulsions épileptoïdes et même tétaniformes; ce dernier caractère se présente surtout chez le lapin.

VIII. Cette description s'applique aux mammifères auxquels on a administré des doses toxiques, mortelles ou non, de sulfate de quinine sous la peau.

IX. La perte des mouvements volontaires, puis réflexes, indique que la quinine agit sur les centres nerveux pour en diminuer et abolir progressivement les propriétés.

Traité d'hygiène rurale, suivi des premiers secours en cas d'accidents, par M. le docteur Hector George. Paris, librairie agricole de la Maison rustique ; 1883. In-12 jésus de 396 pages.

Hygiène rurale. Pourquoi rurale ? C'est, nous dit l'auteur, que ce livre est destiné surtout aux habitants des campagnes; il est fait en vue des populations rurales de tous les degrés, tandis qu'on y chercherait vainement l'hygiène des professions qui s'exercent dans les villes. (Celle-ci a été traitée par le même auteur dans un livre spécial publié chez Delalain et déjà parvenu à la 5e édition.) Au contraire, l'hygiène des professions agricoles, l'étude de leurs causes d'insalubrité, celle des accidents qu'elles peuvent entraîner, ont reçu dans le présent ouvrage tous les développements qu'elles comportent

Rejetant l'ancienne division classique de tous les traités d'hygiène en *ingesta, circumfusa*, etc., l'auteur a distribué les matériaux de son livre suivant un plan tracé par la physiologie même. Tous les actes de la vie peuvent, dit-il, se réduire à trois grandes fonctions indispensables à la santé. L'homme se nourrit, respire et travaille. Aussi avons-nous rattaché tous les préceptes de l'hygiène à ces trois idées fondamentales : l'*alimentation*, l'*air*, le *travail*. Ce sont là de grands jalons autour desquels viennent se grouper les détails secondaires selon leur degré d'importance et de valeur.

En dehors des causes ordinaires de maladies, il faut noter l'influence accidentelle de ces grands fléaux que l'on nomme des épidémies et qui se propagent à des populations entières par la *contagion*. De là un nouveau groupe ajouté aux précédentes sous le titre de *maladies contagieuses*.

Enfin il reste le chapitre des *accidents* auxquels il faut souvent apporter des secours immédiats pour conjurer une mort menaçante.

Telle est l'économie générale de ce livre que l'auteur recommande, selon la mode antique, à l'indulgence du lecteur.

La recommandation est vaine; le livre peut, sans crainte, affronter les lecteurs les moins indulgents. Ecrit dans un style clair, sobre, correct, il dit beaucoup de choses en peu de mots; il les dit bien, et n'en dit point d'inutiles. Il y a là de quoi satisfaire les plus exigeants.

Dans le chapitre où il traite des « empoisonnements », l'auteur consacre un paragraphe spécial au traitement du choléra, qu'il considère à bon droit comme un empoisonnement. En raison des préoccupations actuelles, nous croyons devoir indiquer ce traitement; nous le ferons en peu de mots : Il s'agit de l'administration, coup sur coup, d'énormes quantités de boissons aqueuses (20 litres et plus dans les vingt-quatre heures). Cette médication préconisée par M. le docteur A. Netter, ancien médecin militaire, avait été déjà employée dans le XVIIe siècle par Sydenham, contre tous les empoisonnements quels qu'ils fussent. En 1784, un médecin de Besançon, Rougnon de Magny, la vanta spécialement contre le choléra. Dans la note qu'il publia à ce sujet (*Journal de médecine militaire*, Paris, 1784, t. III), il disait : « J'atteste que depuis plus de vingt ans, j'ai eu le même succès dans le traitement de cette maladie terrible, n'en ayant vu mourir personne. » — En présence d'une affirmation aussi imprévue, la question qui vient naturellement à l'esprit est de savoir si le docteur Rougnon de Magny avait jamais vu un cas de choléra vrai. Mais le docteur Hector George ajoute que depuis l'apparition des épidémies de choléra en Europe, le même traitement a été appplíqué avec succès par un grand nombre de médecins : MM. Berres, Muller, Gilcrest, Peyron, Halma-Grand, Tourrette, Gravier (médecin de la marine française, qui a toujours réussi à guérir ainsi le choléra dans l'Inde, en 1817), Legroux, Richelot, Jacquer, etc.

— Il est intéressant de noter ici que M. le docteur Luton, professeur de l'école de médecine de Reims, dit que de l'eau fraîche bien filtrée, donnée à discrétion, pour toute boisson et pour tout médicament, constitue le traitement qui lui a constamment réussi contre la fièvre typhoïde, et contre la diarrhée cholériforme des enfants.

Ce traitement plaît beaucoup aux malades qui sont, dans le choléra, dévorés par une soif insatiable. Cette soif qui tourmente les malades, même au milieu de leurs vomissements est, selon M. Netter, « le cri de l'organisme réclamant l'eau qui fait défaut. »

Ceci me rappelle un fait dont je fus témoin à Sézanne, pendant l'épidémie de choléra qui, en 1849, éprouva si cruellement cette ville. Deux vieux époux se sentant atteints et se croyant perdus, firent placer entre leurs deux lits très rapprochés, un seau d'eau fraîche sur une chaise haute.

Ils burent toute la nuit, à pleines tasses et épuisèrent le seau; tous deux guérirent rapidement.

Je livre à M. le docteur Hector George cette observation sommaire pour ce qu'elle vaut et je le prie d'agréer mes remerciements pour le plaisir que m'a fait éprouver la lecture de son très intéressant volume. — M. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 septembre 1883 — Présidence de M. Alph. Guérin.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note sur une épidémie de variole observée dans le Sud oranais pendant le quatrième trimestre, et sur les vaccinations et revaccinations pratiquées à cette occasion, par M. Linon, médecin-major.

2° Un pli cacheté déposé par M. Castelain. (Accepté.)

—

M. Giraud-Teulon lit un travail intitulé : *Étude rétrospective sur les progrès réalisés dans l'histoire des mécanismes de la locomotion chez l'homme par la méthode des inscriptions graphiques* de M. le professeur Marey.

Dans son introduction, l'auteur met en parallèle les méthodes classiques formant les seules ressources dont fût en possession l'ancienne physiologie, pour établir le tableau et déterminer les mécanismes des principales formes de locomotion en biologie, et la nouvelle méthode de l'enregistrement autographique des mouvements

eux-mêmes, due au professeur Marey. Il rappelle tout le parti qu'a su en tirer M. le docteur Carlet pour l'établissement définitif des lois qui président à l'accomplissement de la marche chez l'homme, et il se félicite de la confirmation d'ensemble qu'apporte ce travail important aux principales conclusions formulées sur ce point dans son propre *Traité de mécanique animale,* publié en 1858.

Dans le second paragraphe, l'auteur étend aux actes de la course et du saut cette même étude comparative; après avoir reproduit la doctrine du professeur Marey, relativement à ces deux modes de mouvement, il expose les nombreuses contradictions que cette doctrine et les graphiques sur lesquels elle est fondée lui semblent offrir entre eux et avec les données de l'observation générale.

Dans un troisième paragraphe, l'auteur insiste plus particulièrement sur un des points les plus importants du mécanisme de la course et du saut, à savoir le principe dynamique auquel, dans ces deux actes, serait due, suivant M. Marey, la séparation momentanée du corps et du sol, et s'attache à en montrer l'entière insuffisance.

Enfin, dans le quatrième et dernier chapitre de cette communication, concentrant toute son attention sur ce fait capital et prédominant, commun aux deux actes de la course et du saut, le détachement complet du corps de son appui, l'auteur démontre, par de nouvelles considérations empruntées à la mécanique géométrique, la survivance intacte de la théorie entrevue par les anciens, et éclairée par lui-même dans son Traité précité de mécanique animale.

—

M. Bouchardat lit un travail *sur la genèse du parasite de la tuberculose.*

L'auteur se demande si le parasite vient du dehors. Il répond par la négative. L'observation médicale la plus attentive démontre que la phthisie est une maladie qui se propage très rarement par contagion. Les personnes qui donnent aux phthisiques des soins assidus, qui sont exposées à absorber des parcelles desséchées d'expectorations, ne sont pas plus atteintes que la moyenne des citoyens du même âge.

Si, dans la très grande majorité des cas, la phthisie ne se déclare point par inoculation, par ingestion du parasite spécifique, comment ce parasite peut-il prendre naissance ?

M. Bouchardat rappelle que, depuis longtemps, il a insisté sur la *condition première,* absolue de cette évolution. Cette condition, c'est la continuité de la *misère physiologique.* Le caractère constant de la misère physiologique, c'est la continuité dans l'insuffisance de la production de chaleur, ou de l'exhalation de l'acide carbonique eu égard aux besoins de l'organisation. Cette diminution se lie fatalement à l'insuffisance de la respiration. La respiration des phthisiques au début ou des glycosuriques qui deviennent phthisiques, est moins active surtout au sommet des poumons. Le murmure respiratoire est notablement affaibli, la circulation a par ce fait progressivement diminué d'intensité, surtout dans les capillaires de la région sous-claviculaire des poumons.

Sous l'influence de l'amoindrissement de la circulation, les cellules lymphatiques ou d'autres organites du sang ou de la lymphe adhèrent aux parois des capillaires, déterminent leur élargissement. La cellule lymphatique, étant plus que toute autre apte à émettre des prolongements, c'est elle qui doit être mise en cause. La circulation s'arrête dans les capillaires, le sang se coagule, les globules rouges se dissolvent, leur hémoglobine colore plus ou moins le coagulum dans lequel la fibrine passe à l'état granuleux. On comprend sans peine que la production tuberculeuse s'étend de proche en proche enveloppant les éléments voisins. Les bacilles se répandent au dehors ; d'abord à l'extérieur des capillaires où ils se sont développés ; ils se propagent ensuite et contribuent à fournir les granulations grises de Laënnec, puis par un envahissement progressif du tissu du poumon, les alvéoles et leurs parois y sont incorporées pour constituer d'énormes masses tuberculeuses.

« En résumé, dit M. Bouchardat, l'origine du mal est la continuité de la misère physiologique; cette imminence morbide si commune et si redoutable, il faut la combattre, en rendant la respiration plus complète, plus énergique, la circulation plus active.

« En un mot, il faut faire que la dépense soit élevée et proportionnée et la réparation suffisante et bien réglée. Les organites nouveaux ne s'arrêtent plus dans les capillaires pour y proliférer et s'y transformer. Voilà la voie qu'il faut poursuivre pour prévenir et combattre la tuberculose, et non la chasse au parasite intérieur. »

M. Jules Guérin déclare qu'il partage à beaucoup d'égard les opinions exprimées par M. Bouchardat, relativement à la contagion de la tuberculose. Ce n'est point par le contact passager ou intermittent que se transmet la maladie, comme le prouve la rareté des faits de manifestation de la maladie chez les personnes qui soignent les malades dans les hôpitaux.

Les faits de transmission s'observent surtout à la suite de la cohabitation d'un individu malade avec un individu sain. Les femmes phthisiques transmettent la maladie à leurs maris et réciproquement. M. J. Guérin a vu des exemples très remarquables de ce mode de contagion. C'est par la perspiration pulmonaire ou cutanée que la transmission se produit, alors que les granulations, que M. Guérin appelle la tuberculose *fermée*, ont fait place aux cavernes, ou tuberculose *ouverte*, ou la matière tuberculeuse diluée par la suppuration se putréfie au contact de l'air et donne lieu à une véritable infection. C'est donc par *infection*, non par contagion proprement dite, que s'opère, suivant M. Guérin, la transmission de la tuberculose.

M. Burcq continue la lecture de son travail sur la prophylaxie du choléra par le cuivre. Il donnera les conclusions de ce travail dans la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures.

COURRIER

Légion d'honneur. — M. le docteur Harmand, médecin de marine, commissaire civil de la République au Tonkin, vient d'être nommé officier de la Légion d'honneur. On sait quelle part brillante a prise notre confrère à nos récents succès dans l'Annam.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Louis Garreau, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital de Laval, décédé le 5 août 1883, à l'âge de 55 ans.

— On lit dans les journaux politiques que la France va posséder une Ecole de médecine de plus. Cette école sera créée en Orient, et plus particulièrement à Beyrouth.

150,000 fr. ont déjà été consacrés aux travaux de construction et d'aménagement des salles de cours, auxquelles sont annexés un cabinet de physique complet et un laboratoire de chimie.

L'établissement est aujourd'hui complètement terminé, et les cours vont commencer au mois d'octobre prochain.

Les professeurs seront choisis parmi les docteurs de nos Facultés de médecine et recevront l'investiture du gouvernement français.

Droit de réponse. — Beaucoup de personnes étant disposées à abuser du droit de réponse, il nous paraît intéressant de publier le sommaire d'un arrêt rendu récemment par la Cour de cassation :

I. Si la personne nommée ou désignée dans un article de journal a le droit d'y répondre et d'exiger l'insertion de la réponse, dit la chambre criminelle, c'est à la condition que cette réponse ne contiendra rien de contraire aux lois et aux mœurs, ni à l'honneur ou à la considération du journaliste. Ce droit est limité aux besoins d'une légitime défense.

II. Aucune disposition de la loi du 29 juillet 1881 n'autorise le journaliste auquel on demande l'insertion d'une réponse à diviser et à scinder cette réponse, et à n'insérer qu'une partie en refusant d'insérer une autre; ce journaliste a donc pu refuser l'insertion totale d'une réponse en se fondant sur ce que, bien qu'une partie fût une réponse légitime à l'article publié, une autre partie contenait des expressions offensantes pour l'honneur et la considération du journaliste.

Et, en l'absence d'offres de division de la part de celui qui répond, les tribunaux n'ont pas le droit de faire d'office cette distinction, et d'ordonner l'insertion de telle partie et de refuser telle autre.

III. Quelque laconique que soit un arrêt sur la partie de la réponse qui motive le refus d'insertion, il est suffisamment motivé lorsqu'il se réfère, sans les rappeler, à la partie finale qui contient les expressions offensantes pour le journaliste. D'ailleurs, la Cour de cassation, ayant sous les yeux la réponse dont l'insertion est refusée, peut exercer son légitime contrôle. (*Gaz. hebdom.*)

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Note sur quelques troubles trophiques dans l'ataxie locomotrice,

Par le docteur Auguste OLLIVIER,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
médecin de l'hôpital Saint-Louis.

ATAXIE LOCOMOTRICE DATANT DE 8 ANS ET RECONNAISSANT POUR CAUSE, SUIVANT TOUTE PROBABILITÉ, LE FROID HUMIDE. — HYPERIDROSE DE LA PAUME DES MAINS ET DE LA PLANTE DES PIEDS, ET SÉBORRHÉE DU CUIR CHEVELU SURVENUES TROIS ANS APRÈS LE DÉBUT DES ACCIDENTS TABÉTIQUES.

Lue le 22 août, au Congrès de Rouen (Association française pour l'avancement des sciences).

Il y a quelques années, j'ai eu l'occasion d'observer chez un ataxique une hyperidrose de la paume des mains et de la plante des pieds; la maladie remontait à quatre ou cinq ans. Tout en tenant note du fait, je crus à une simple coïncidence et n'y attachai pas grande importance.

J'ai depuis trois mois, dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis, un ataxique qui, lui aussi, a une sécrétion exagérée des sueurs aux mains et aux pieds. En présence de ce second fait, observé dans des conditions identiques au premier, j'ai pensé qu'il y avait là non plus une simple coïncidence, mais bien une relation de cause à effet entre l'ataxie locomotrice et l'hypersécrétion sudorale.

Cette relation peut aussi, il me semble, être invoquée pour un autre accident cutané non moins curieux, observé chez le même malade, une séborrhée du cuir chevelu tellement abondante que l'on serait tenté de croire, en saisissant une poignée de cheveux, qu'ils ont été enduits d'une matière grasse.

Voici l'histoire de mon malade rédigée d'après des notes recueillies avec beaucoup de soin par un de mes externes, M. Roland.

FEUILLETON

CAUSERIES

Quelques-uns de nos lecteurs de province, qui se figurent que le fait d'être à Paris constitue l'omniscience, m'ont écrit pour me demander des renseignements exacts sur la maladie et la cause de la mort de M. le comte de Chambord. Ils sont un peu étonnés que l'*Union* (médicale), si bien informée de tout ce qui concerne le choléra, ait gardé un silence absolu sur un événement qui a passionné la presse politique plus peut-être que les méfaits d'un fléau qui est presque à nos portes, et qui, en somme, ne doit pas laisser indifférents les médecins.

Le silence de notre journal, qu'on me permette de le dire, ne me paraît pas si blâmable. A quoi bon parler à tort et à travers sur une maladie que peu de personnes ont été à même d'étudier. En comptant bien, j'en trouve jusqu'à 4 : MM. Drasche, Mayr qu'on s'est obstiné à appeler Mayer), Billroth et notre éminent compatriote M. le professeur Vulpian; mais aucun d'eux n'ayant jugé à propos de publier la relation de la maladie et de l'autopsie de M. de Chambord, les journalistes qui ont imité le silence des médecins traitants et consultants me paraissent avoir été bien inspirés.

Pour peu qu'on en ait parlé, que de conjectures n'a-t-on pas faites au sujet de cette maladie? On a dit que c'était une gastrite toxique, un cancer de l'estomac, un ulcère chronique; dans les derniers temps de la maladie, on s'est même prononcé carrément en

Le nommé Reaux (Emile), âgé de 32 ans, charcutier, est admis le 13 mai 1863, à l'hôpital Saint-Louis, salle Hillairet, n° 36.

Ce malade ne peut fournir aucun renseignement précis sur ses grands parents. Son père est mort, à l'âge de 62 ans, d'une affection du cœur; il n'a jamais eu ni rhumatisme ni maladie du système nerveux. Sa mère vit encore et jouit d'une excellente santé. Son frère aîné, qui exerçait le même métier que lui, a succombé vers l'âge de 32 ans à un œdème de la glotte consécutif à un refroidissement; mais, depuis près de dix ans, il était atteint d'une affection de la moelle épinière qui, d'après les renseignements pris à ce sujet, était vraisemblablement une ataxie locomotrice. Enfin j'ajouterai qu'il a encore deux frères et une sœur, lesquels sont en bonne santé.

Depuis l'âge de 14 ans, Reaux travaille comme garçon charcutier dans des caves humides, et à souvent les mains plongées dans l'eau. Il s'est toujours bien nourri et n'a jamais fait d'excès alcooliques ou vénériens.

Marié depuis trois ans, il a eu un enfant qui est mort de convulsions.

Au point de vue de sa santé, nous ne trouvons rien de particulier à signaler dans ses antécédents si ce n'est des habitudes de masturbation pendant sa dix-septième année.

L'affection dont il est atteint aujourd'hui a débuté il y a huit ans en 1875. Il avait alors 24 ans. De temps en temps il éprouvait des douleurs très vives, lancinantes, dans les membres inférieurs. Ces douleurs se manifestaient sous forme de crises qui duraient dix minutes à un quart d'heure.

En 1879, il commence à s'apercevoir qu'il ne pouvait plus marcher droit devant lui et qu'il titubait à la manière d'un homme ivre. On le prenait souvent dans la rue pour un ivrogne, et la contrariété qu'il en ressentait était si grande qu'elle augmentait encore l'incoordination de ses mouvements et l'obligeait à s'arrêter tout à fait. Il remarqua en outre que, dans l'obscurité, il lui était très difficile de marcher et complètement impossible de discerner la nature du sol sur lequel il reposait, d'en apprécier la dureté ou la mollesse.

A cette même époque, il éprouva de la rachialgie et quelques crises de gastralgie.

Malgré tous ces troubles, il n'avait interrompu son travail que pour faire un séjour très court à l'Hôtel-Dieu.

Le 15 mai dernier, il vint à la consultation et se fit admettre à l'hôpital.

Etat actuel le 17 : Homme de petite taille et très amaigri. Si on l'examine au point de vue de la motilité, on constate que, couché, il peut exécuter tous les mouvements qu'on lui prescrit de faire, mais avec un peu de lenteur et une certaine hésitation. La percussion du tendon rotulien ne provoque aucun mouvement, le réflexe est aboli des deux côtés.

Debout et à l'état de repos, il ne peut se maintenir en place, les talons rapprochés. Il

---

faveur du cancer, sous prétexte qu'on sentait une tumeur à l'épigastre; tous les journaux politiques ont parlé de cette tumeur, et, à l'autopsie, il n'y avait ni tumeur ni gastrite toxique, mais une chose dont aucun journal n'avait parlé : une ulcération de l'extrémité inférieure de l'œsophage. Mais je m'arrête, car je me surprends moi-même à répéter un détail dont je ne suis pas plus sûr que le journaliste d'après lequel je le rapporte. Le mieux est d'attendre que la relation médicale de la maladie de l'illustre personnage qui vient de disparaître soit publiée, ce qui ne peut tarder beaucoup.

Il est une particularité du traitement qui est peu connue, et que je puis bien faire connaître à ceux de nos lecteurs qui l'ignorent, puisque la *Gazette hebdomadaire* l'a communiquée aux siens. *Si non e vero*, je lui en laisse la responsabilité.

Vous n'êtes pas sans avoir entendu parler d'un moine italien venu il y a quelques mois en France, nommé dom Bosco. Ce vénérable vieillard, âgé d'environ 80 ans, passait pour avoir le don des miracles. Le rédacteur de la *Gazette* dit avoir vu lui-même le saint homme à l'œuvre, et même deux fois. Il a fait marcher une dame atteinte d'une paralysie hystérique. Elle s'est levée, elle est sortie, elle a assisté à la messe de dom Bosco. Il est vrai d'ajouter que le lendemain de cet acte d'énergie elle était plus paralysée que jamais, et que depuis elle reste toujours aussi malade. Entre nous, M. Charcot a fait mieux, sans être un saint.

Dom Bosco, dans le second cas, a donné sa bénédiction à un enfant atteint d'une fièvre typhoïde, et, *trois semaines* plus tard, cet enfant pouvait se lever. Sans doute, les *Semaines catholiques* annoncèrent que, le lendemain du jour où le missionnaire italien avait vu cet enfant, celui-ci s'était levé pour aller servir une messe d'actions de grâces. Mais il ne faudrait pas trop en vouloir à ces journaux d'une erreur sur la personne; ils

est absolument incapable de se tenir en équilibre sur un seul pied, soit les yeux ouverts, soit les yeux fermés.

En marchant, il oscille à droite et à gauche, ses jambes projetées en avant retombent lourdement sur le sol en le frappant du talon. L'arrêt brusque lui fait perdre l'équilibre et il tomberait si on ne le soutenait. Il perd également l'équilibre lorsqu'il se retourne un peu brusquement, et, pour se retourner, il est obligé de s'arrêter tout à fait. Tous ces mouvements sont beaucoup plus difficiles lorsqu'on lui ferme les yeux. On remarque, en outre, un léger tremblement de la tête ainsi que des membres à l'occasion des mouvements volontaires.

Les divers modes de sensibilité, au froid, à la chaleur, au contact, à la douleur, paraissait conservés. Il n'arrive jamais au malade de ne pouvoir se rendre compte de la position de ses jambes dans son lit. Les douleurs fulgurantes du début ont à peu près complètement disparu depuis six mois. A aucun moment il n'est survenu de douleurs articulaires.

La parole est un peu lente et difficile, mais l'intelligence est intacte.

Les organes de la vision sont intacts; tous les mouvements du globe oculaire s'exécutent bien, il n'y a pas de paralysie, pas de strabisme, pas de diplopie ni d'amblyopie. Seulement les pupilles, également dilatées des deux côtés, se meuvent avec lenteur.

Il n'existe pas de troubles de l'audition. Il en est de même de l'odorat et du goût.

La langue a son aspect et son volume normal. L'appétit est bon et les digestions faciles. Le foie et la rate ne présentent rien de spécial.

Le cœur est normal, ainsi que les poumons. Il n'y a jamais eu de spasmes laryngés. La miction est un peu lente et difficile. La quantité d'urine rendue en vingt-quatre heures est en moyenne de 2,500 grammes. Les urines sont le plus souvent claires et leur réaction est légèrement alcaline; elles ne renferment ni albumine, ni sucre; mais on y observe quelquefois un peu de mucus. Les fonctions génitales ne sont pas modifiées.

Indépendamment des symptômes énumérés plus haut, notre malade présente des troubles particuliers du côté de la peau. Depuis 1878, il s'est aperçu que la paume des mains et la plante des pieds étaient souvent couvertes de sueur. Cette hypersécrétion, survenue sans cause appréciable, n'était pas très prononcée au début; elle se manifestait surtout à la suite de contrariétés, d'émotions un peu vives. Actuellement, ce phénomène est devenu à peu près permanent; il existe non seulement aux faces palmaire et plantaire des mains et des pieds, mais encore à leur face dorsale, et quel que soit le moment où on l'observe, on trouve toujours d'abondantes gouttelettes de sueur sur la paume des mains et la plante des pieds. Si l'on essuie cette sueur, on ne tarde pas à la voir reparaître. Par son évaporation, elle donne à la peau une sensation de fraîcheur très appréciable au toucher.

Afin de pouvoir prendre aussi rigoureusement que possible la température de la

---

ont confondu, je crois, la jeune hystérique avec le jeune homme atteint d'une fièvre typhoïde.

Donc, la médecine autrichienne paraissant impuissante à soulager le royal malade, on songea à dom Bosco, qu'on pria de venir à Frohsdorff. Il y vint, but à la santé du Roy, c'est la *Gazette* qui le dit, et, plein de confiance en Notre-Dame Auxiliatrice, il conçut et répandit les meilleures espérances. « Mais en même temps, et il importe à ce point de vue de rendre hommage à la clairvoyance et au tact des familiers du prince, on fit appel aux lumières d'un savant français aussi éminent par son savoir que renommé pour sa probité et sa franchise. M. Vulpian ne fit pas plus que ses confrères de Vienne de confidences aux journaux. Il vit à plusieurs reprises l'illustre malade, et il est probable que l'amélioration constatée après sa visite, et qui dura plusieurs jours, a été due plutôt à ses conseils qu'à l'intervention toute spirituelle de dom Bosco.

* * *

A propos de choléra, on se rappelle la dépêche que M. Pasteur a communiquée à l'Académie des sciences lundi dernier, et que lui avait envoyée d'Egypte notre ami M. Straus. Ladite dépêche contenait un membre de phrase qui a excité la verve de M. Claretie, et qui nous a valu de sa part plusieurs réminiscences médicales qui trouvent tout naturellement leur place dans ce feuilleton.

« Très curieuses observations, disait la dépêche. Or, il s'agit de recherches sur les cholériques. Mais c'est un homme de l'art qui parle, un artiste en venins. Où d'autres diraient: Très poignantes, très lugubres, très émouvantes, M. Pasteur écrit: Très curieuses.

paume des mains et de la plante des pieds, on fait tenir par le malade un thermomètre serré pendant un quart d'heure successivement dans chaque main. Les résultats sont les suivants :

Main droite...... 35°2
Main gauche.... 35°5

Le même thermomètre est maintenu, pendant le même laps de temps, successivement en contact avec la plante de chaque pied, et recouvert d'une couche d'ouate fixée par six tours de bande.

On obtient :

A droite........ 27°8
A gauche....... 27°2

Le malade, d'ailleurs, se plaint d'avoir constamment froid aux pieds.

Les sueurs ont une réaction légèrement acide; elles sont limpides, nullement visqueuses. Aux mains, elles sont inodores; aux pieds, au contraire, elles dégagent une odeur assez forte.

Dans les régions qui sont le siège de sueurs, les téguments présentent une teinte d'un rouge violacé accentué surtout sur la face plantaire des orteils. Sur la face palmaire des doigts, la peau est seulement parsemée d'assez nombreuses petites taches qui ont la même coloration.

A peu près à l'époque où les sueurs commençaient à paraître, c'est-à-dire en 1878, notre malade s'aperçut que ses cheveux devenaient gras et tachaient ses vêtements. Ce phénomène morbide a progressé depuis lors, et aujourd'hui on constate que la peau du cuir chevelu, tout en conservant sa couleur normale, est onctueuse et qu'un papier de soie mis en contact avec les cheveux se graisse promptement. Il a été possible d'extraire au moyen de l'éther une certaine quantité de matière grasse offrant tous les caractères de la matière sébacée. Il est à noter, en outre, que Reaux n'a jamais fait usage de pommade pour ses cheveux.

Depuis son entrée à l'hôpital, le malade prend deux ou trois fois par semaine des bains sulfureux. A la suite de ces bains, il présente constamment une rougeur diffuse de la peau répandue à peu près sur tout le corps. Cette rougeur est plus accusée sur certaines parties, notamment aux avant-bras; mais, détail curieux, n'envahit jamais la face antérieure et la partie interne des avant-bras, dans la région qui correspond à la sphère d'innervation du nerf cubital. A ce niveau, il existe une ligne de démarcation très nette et toujours la même entre la peau qui a conservé sa coloration et celle qui est hyperémiée. Peu à peu cette rougeur pâlit, et, au bout d'une heure, on n'en trouve

---

Trousseau, qui fut un savant, non point de la taille de Pasteur, il est vrai, disait avec un esprit charmant, fait pour nous donner le frisson :

— La médecine n'est pas *une science* dont les résultats sont certains : c'est *un art* dont les jouissances sont imprévues !

Voilà qui est fait pour nous rendre sceptiques, et il est dur un peu de n'envisager les docteurs appelés à notre chevet que comme des *artistes* qui se plaisent à étudier les bizarreries morbides de la nature. Mais on ne peut empêcher les gens de dire parfois toute leur pensée. L'opinion de Trousseau me rappelle l'anecdote que racontait si drôlement Auguste Villemot, avec sa bonhomie habituelle :

Un homme, victime d'une explosion, est apporté chez un médecin littéralement embroché par un morceau de fer. La broche entrait par le ventre, ressortait par le dos. On a vu de ces cas à la fois comiques et désespérés dans les féeries.

Le docteur tâte le pouls au malade.

— Vous êtes blessé gravement, monsieur, lui dit-il, car vous avez la fièvre !

— Je sais bien que je suis blessé; j'ai trois pieds de fer dans le ventre !

— C'est la première fois que pareille indisposition vous arrive ? demande le docteur.

— La première fois, oui, monsieur !

— Vous devez être embarrassé pour vous coucher sur le dos ?

— Très embarrassé.

— Et sur le ventre ?

— Egalement,

— Il vous est certainement plus facile de vous coucher sur le côté ?

— Oui, docteur, un peu plus facile.

plus trace. Elle reparaît avec la même intensité et aux mêmes endroits lorsque le malade prend de nouveau un bain.

Ajoutons, enfin, que les ongles des orteils ont subi de légers troubles de nutrition. Ils sont striés transversalement. Rien de semblable ne s'observe aux ongles des doigts.

Le traitement a consisté dans l'emploi de bains sulfureux et de cautérisations ponctuées le long du rachis, et, d'autre part, dans l'administration de 2 à 6 grammes d'iodure de potassium par jour, puis de pilules de nitrate d'argent.

Parmi les particularités intéressantes que présente cette observation, telles que la teinte violacée des tégument au niveau des régions qui sont le siège de sueurs exagérées, l'absence d'hyperémie cutanée dans la sphère d'innervation du nerf cubital à la suite de bains sulfureux, etc., il en est deux sur lesquelles je désire appeler tout spécialement l'attention du Congrès, je veux parler de l'*hyperidrose palmaire* et *plantaire* et de *la séborrhée du cuir chevelu.*

On sait, depuis les travaux de MM. les professeurs Charcot (1), Vulpian (2), Fournier (3), que la peau, chez les sujets atteints de tabes dorsalis, peut, de même que les os, les articulations et les muscles, devenir le siège de divers troubles trophiques ou vaso-moteurs, érythèmes, urticaire, zona, eschares, ecchymoses (4), mal perforant (5), icthyose (6), chute des ongles (7).

(1) Charcot (J.-M.). *Leçons sur les maladies du système nerveux*, faites à la Salpêtrière, 2e série, 1873, p. 57. Voir aussi 1re série, 1872-73, p. 20.

(2) Vulpian (A.). *Maladies du système nerveux*, leçons professées à la Faculté de médecine. Paris, 1879, p. 338.

(3) Fournier (Alfred). *De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique*, leçons professées à l'hôpital Saint-Louis. Paris, 1882, p. 208.

Consulter aussi : Leyden (E.). *Traité clinique des maladies de la moelle épinière*. Trad. franç. par Richard et Viry, 1879, p. 611. — Erb. *Krankheiten des Rückenmarks* in *Ziemssen Handbuch der Speciellen Pathologie und Therapie*, 2e édit. Leipzig, 1878, p. 594.

(4) Straus (I). *Des ecchymoses tabétiques, à la suite des crises de douleurs fulgurantes.* (*Arch. de neurologie*, 1881, t. I, p. 536.)

(5) Ball (B.) et Thiberge. *Du mal perforant du pied chez les ataxiques*. Congrès international des sciences médicales (VIIe session, Londres). Analysé dans *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1881, 2e série, t. XVIII, p. 547.

(6) Ballet (G.) et Dutil (A.). *Note sur un trouble trophique observé chez les tabétiques (état icthyosique)*, in *Progrès médical*, 1883, p. 379.

(7) Joffroy (Alix). *Chute de l'ongle des gros orteils chez un malade atteint d'ataxie loco-*

— Très bien. Je vois ce que c'est. C'est une broche qui vous passe à travers le corps. Reste le traitement à suivre. Deux cas se présentent : ou laisser la broche, et alors il y a à craindre des accidents inflammatoires mortels, ou extraire la broche, et il y a chance pour que vous ne surviviez pas à l'opération. Votre sort est entre vos mains, choisissez le mode de traitement. Quant à la science, elle a ses limites! Mais elle s'intéressera également à celui des deux partis que vous prendrez! »

On ne peut plaisanter avec plus d'esprit les incertitudes de la chirurgie; mais avouez que nous aurions la partie belle, si nous voulions rendre la pareille à messieurs les journalistes quand ils mettent les pieds et la plume sur notre terrain.

*
* *

Nous avons déjà, à différentes reprises, parlé de l'industrie américaine relative aux avortements, et de l'impunité coupable dans laquelle on la laissait prospérer. Un fait récent, qui a eu un grand retentissement en Amérique, grâce probablement au grand nombre de crimes commis par un médecin qu'on finit par découvrir et qu'on dut punir sévèrement, nous montre comment les choses peuvent se passer en pareil cas.

Il s'agit d'un vieux médecin, âgé de 83 ans, le docteur Hathaway, qui fut, il y a deux ans, poursuivi pour manœuvres abortives.

A cette époque, une jeune servante, Mary Butler, s'était rendue chez le docteur Hathaway, qui avait pratiqué une opération criminelle, à la suite de laquelle la jeune Mary succomba. Arrêté pour ce fait, le docteur Hathavay fut remis en liberté sous caution pendant l'instruction du procès ; il en profita pour disparaître de Philadelphie, et, les

« Les fonctions sudorales, dit M. Vulpian dans l'ouvrage que je viens de citer (1), peuvent, dans l'ataxie, n'être plus normales; mais encore ici nous manquons de données positives. » En effet, à l'époque où ces lignes étaient écrites, il n'existait dans la science, du moins à ma connaissance, qu'un seul cas d'hyperidrose observé chez un ataxique par Nitzelnadel. Voici ce fait tel que le donnent Eulenburg et Guttmann dans leur étude sur la pathologie du sympathique (2).

Dans un cas d'hyperidrose unilatérale observée chez un ataxique âgé de 36 ans, la sécrétion de la sueur était limitée principalement sinon exclusivement sur le côté gauche du corps et surtout sur la moitié gauche de la face, tandis que le côté droit était absolument sec. La pupille gauche était un peu plus rétrécie que la droite. La température, dans l'aisselle gauche, dépassait de 1 à 2 dizièmes de degré celle de l'aisselle droite.

Plus tard, en novembre 1880, Ern. Remak publia une observation d'ataxie localisée au membre supérieur droit, avec éphidrose bornée au côté correspondant de la face. J'emprunte à la *Revue des sciences médicales* (3) l'analyse de cette observation.

Un homme de 30 ans, atteint, douze ans auparavant, d'un chancre syphilitique, souffrait, depuis 5 ans, d'une anesthésie progressive de l'avant-bras et de la main droite. Les mouvements du membre étaient ataxiques, tout en conservant leur force. Bientôt après le premier symptôme d'incoordination apparut, sur la moitié droite de la tête, une rougeur congestive accompagnée de sueurs profuses; il y avait du myosis de l'œil gauche.

Ultérieurement se développèrent les signes indiscutables de l'ataxie : incoordination des membres inférieurs, difficulté de la miction, absence du réflexe patellaire, troubles visuels, etc. L'auteur diagnostiqua une plaque de sclérose sur la moitié postérieure droite du renflement cervical avec des dégénérations du cordon postérieur.

motrice. (Arch. de physiol., 1882, 2e série, t. IX, p. 174.) — Pitres (A.). *De la chute spontanée des ongles chez les ataxiques. (Progrès méd.*, 1882, p. 139.) — Roques. *Chute spontanée des ongles chez un ataxique fruste. (Union méd.*, 1882, 3e série, t. XXXI, p. 34.)

(1) Vulpian (A.). *Op. cit.*, p. 339.

(2) Nitzelnadel. *Ueber nervöse Hyperidrosis und Anidrosis. Inaug. Diss.* Iena, 1867, *in* Eulenburg (A.), und Guttmann (P.). *Die Pathologie des Sympathicus auf Physiologischer Grundlage.* Berlin, 1873, p. 63.

---

recherches qu'on fit à ce moment pour le retrouver ayant été infructueuses, l'affaire fut classée, et on ne s'en occupa plus.

Lorsqu'il pensa s'être fait suffisamment oublier, Hathaway revint à Philadelphie, s'y établit furtivement et ne tarda pas à reprendre l'exercice de sa coupable industrie. Il aurait pu continuer longtemps encore, ignoré de la justice, si un événement, en apparence insignifiant, n'était venu soudain troubler sa quiétude.

Hathaway, malgré son âge, vivait avec une certaine dame qu'il faisait passer pour sa femme. Il l'aimait bien, il faut le croire, car il la châtiait fréquemment, et un jour, notamment, il lui infligea une correction telle que cette femme, habituée pourtant depuis longtemps à la brutalité de son amant, qui la battait à intervalles réguliers, porta plainte contre lui, et le fit arrêter. Le docteur fut condamné de ce chef à 15 jours de prison ; pendant qu'il subissait sa peine, quelques paroles imprudentes de sa maîtresse firent dresser l'oreille à la police. On se souvint de l'ancienne affaire, et des détectives se mirent en campagne à la recherche de preuves convaincantes de la culpabilité du trop célèbre médecin.

Les investigations de la police amenèrent promptement un résultat aussi inattendu qu'épouvantable.

Au cours d'une perquisition opérée dans une maison autrefois occupée par le docteur Hathaway, on découvrit, enterrés dans la cave, des squelettes, des crânes et des ossements de toute sorte, qu'un médecin n'eut pas de peine à reconnaître pour ceux d'enfants nés avant terme. On recueillit ces tristes débris, avec lesquels on reconstitua unet vingtaine de squelettes. Le soir même de cette horrible découverte, qui ne pouvait laisser aucun doute sur les attentats dont le docteur s'était rendu coupable, le magistra

Enfin, dans la dissertation inaugurale du docteur Carlos Putnam (1), nous lisons que le professeur Pierret (de Lyon) a eu l'occasion d'observer dans le service de Gubler une malade chez laquelle apparaissait de temps en temps une sudation de toute une moitié du corps, l'autre moitié restant sèche.

Dans le fait que j'ai eu l'honneur de vous communiquer, l'hyperidrose se développa trois ans après le début des phénomènes ataxiques, sans que le malade pût la rapporter à une cause appréciable. Limitée d'abord à la paume des mains et à la plante des pieds, elle s'est étendue peu à peu à leur face dorsale, et d'intermittente qu'elle était, elle est devenue pour ainsi dire permanente, avec sécrétion plus abondante sous l'influence des émotions.

On ne saurait mettre en doute aujourd'hui l'influence du système nerveux sur la sécrétion sudorale; elle est démontrée et par l'expérimentation physiologique, et par l'observation clinique. L'hypersécrétion sudorale peut se rencontrer dans les maladies des nerfs périphériques et du grand sympathique, et même dans celles de l'encéphale. M. Bourceret (3), dans sa thèse d'agrégation, en cite plusieurs exemples observés dans quelques affections de la moelle épinière (inflammation, tumeurs, etc...).

Nous venons de voir qu'elle se montre quelquefois aussi dans l'ataxie locomotrice.

A quelle altération spéciale de l'axe médullaire faut-il la rapporter dans cette dernière maladie? Quel est le siège de cette altération? Par l'intermédiaire de quels nerfs vaso-moteurs ou excito-sudoraux se produit l'hypersécrétion de la sueur? Ce sont là des questions auxquelles, dans l'état présent de nos connaissances, il est impossible de répondre aujourd'hui

(3) Remak (Ern.). *Ein Fall von localer überextræmstaten Ataxie und gleiseitiger Ephidrosis unilateralis* (Ataxie localisée au membre supérieur droit avec éphidrose bornée au côté correspondant de la face). *Berl. Klin. Wochenschr.*, n° 22, p. 312, et n° 45, p. 648, nov. 1880. Analysé dans Hayem, *Revue des sciences médicales*, 1881, t. XVIII, p. 530.

(1) Carlos E. Putnam. *Recherches sur les troubles fonctionnels des nerfs vaso-moteurs dans l'évolution du tabes sensitif.* Lyon et Paris, 1882, p. 43.

(2) Bourceret. *Des sueurs morbides.* Thèse d'agrégation. Paris, 1880, p. 43.

---

instructeur envoyait à la prison l'ordre de retenir Hathaway, et reprenait l'enquête abandonnée deux ans auparavant.

Une nouvelle descente de police eut lieu dans la maison qu'habitait Hathaway immédiatement avant son arrestation, et dans laquelle sa maîtresse était restée. On n'y trouva pas d'ossements humains, mais on y saisit divers instruments dont la destination n'était pas douteuse, et aussi un très curieux registre sur lequel le docteur avait inscrit jour par jour, pendant une période de cinq ans, les noms et les adresses de ses clientes.

En regard de chaque nom était portée la somme perçue par Hathaway à titre d'honoraires. Plus de deux cents dames et jeunes filles de Philadelphie et des environs, qui occupent probablement dans la société une certaine position ou jouissent d'une réputation sans tache, figuraient dans ce mémorandum.

Pressée de questions, la maîtresse d'Hathaway s'est décidée à entrer dans la voix des aveux, et elle a donné les renseignements les plus circonstanciés sur les opérations auxquelles se livraient d'habitude le docteur, dont elle-même avait, à deux ou trois reprises, été victime.

Hathaway se débarrassait des fœtus, soit en les enterrant dans la cave d'où on a retiré tant d'ossements, soit en les faisant dévorer par des chiens affamés qu'il tenait dans la cour, soit enfin en les brûlant dans un fourneau.

Dans ces conditions, Hathaway a été traduit devant la cour criminelle de Philadelphie comme prévenu de manœuvres abortives sur la personne de Mary Butler, manœuvres ayant amené la mort.

Une scène émouvante a eu lieu à l'audience.

d'une manière certaine. Mais, si l'explication du phénomène morbide est encore entourée d'obscurité, nous pouvons au moins en retenir la valeur et l'importance clinique.

Avant de terminer, je ferai remarquer que ce n'est pas seulement l'hyperidrose que j'ai observée chez mon malade, mais aussi la séborrhée.

Nous savons peu de choses sur le mode de sécrétion de la matière sébacée, sécrétion continue et qui paraît s'exagérer (sans que le fait ait été bien prouvé) avec l'élévation de la pression intra-vasculaire et l'augmentation de température de la peau (1).

M. le professeur Charles Robin (2), dans un très important article du *Dictionnaire encyclopédique* sur les glandes sébacées, ne dit rien des conditions physiologiques de leur sécrétion et les Traités de physiologie les plus récents sont également muets sur ce sujet.

Dans le fait que j'ai observé, l'hyperidrose et la séborrhée ont apparu à peu près en même temps. On peut donc admettre qu'elles se sont développées sous l'influence d'une seule et même cause. Or, si nos connaissances actuelles nous permettent presque sûrement de reconnaître à la première une origine nerveuse, n'est-il pas rationnel d'admettre qu'il en est de même pour la seconde?

En résumé, Messieurs, l'observation que je viens de vous lire montre une fois de plus que si la clinique reçoit souvent de précieux enseignements de la physiologie, elle peut aussi quelquefois lui en fournir à son tour et provoquer des recherches expérimentales nouvelles sur des questions encore obscures.

(1) Ziemssen. *Handbuch der Speciellen Pathologie und Therapie*, 14e vol., article *Physiologie der Haut von Ziemssen*, p. 123.

(2) Robin (Ch.). *Dictionn. encyclop.*, 3e série, 1880, t. VIII, p. 377.

L'avocat général a pris, au milieu des nombreux ossements déposés sur la table des pièces à conviction, un os d'assez grande dimension qu'il a brisé avec les plus grandes peines en s'écriant : « L'os que voilà appartenait à un enfant qui a vécu; ce n'est pas seulement d'avortement que l'accusé s'est rendu coupable, c'est de meurtre. »

Le jury, séance tenante et dans la salle d'audience, a rendu un verdict de culpabilité, et le docteur Hathaway a été condamné à sept ans de réclusion en cellule séparée et à 2,500 francs d'amende, ce qui est le maximum de la peine.

SIMPLISSIME.

MÉDECINS-INSPECTEURS DES ÉCOLES PRIMAIRES. — Par arrêté préfectoral en date du 28 août 1883 (effet du 1er octobre 1883), ont été nommés, pour 3 ans, médecins-inspecteurs des écoles primaires et maternelles communales du canton de Saint-Denis (Seine), les docteurs en médecine ci-après désignés, savoir :

Première circonscription (32 classes), commune de Saint-Denis (première partie), M. Dupuy.

Deuxième circonscription (31 classes), commune de Saint-Denis (deuxième partie), M. Felz.

Troisième circonscription (28 classes), communes d'Aubervilliers et de la Courneuve, M. Dumonteil-Grampré.

Quatrième circonscription (23 classes), communes de Saint-Ouen et de l'île Saint-Denis, M. Thobois.

Cinquième circonscription (21 classes), communes de Dugny, de Stains, de Pierrefitte, de Villetaneuse et d'Epinay, M. Serpaggi.

En conséquense, la délégation conférée à MM. les docteurs Izenard et Weiss prendra fin le 1er octobre.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

EGYPTE. — Les cas de choléra sont chaque jour plus rares dans le Delta. A Rosette et à Damiette, l'état sanitaire est définitivement bon. Enfin, dans le canal de Suez, la quarantaine est abolie. Toutefois, à Alexandrie, on compte encore quelques décès.

Jusqu'à la fin d'août, le nombre total des décès cholériques s'est élevé à 6,710 au Caire et à Boulacq, à 1,830 à Damiette, à 710 à Alexandrie. Dans le Garbieh, il était de 2,810; dans le Dakalieh, de 2,000; dans le Menousfieh, de 1,600; dans le Charkieh, de 1,590; dans le madourieh de Ghizeh, de 1,090; dans le Galoubieh, de 710, et dans le Behera, de 650. La Haute-Egypte comptait plus de 5,000 victimes, et le total général des décès s'élevait à 26,000.

L'armée anglaise a perdu 138 cholériques.

ASIE MINEURE. — Depuis le 7 juillet, on n'a plus observé de cas de choléra ou dans la ville ou dans le lazaret de Beyrouth. Une décision du Conseil sanitaire ottoman vient d'ouvrir à la libre pratique ce port et celui des côtes de Syrie. — C. E.

JOURNAL DES JOURNAUX

Revue des Journaux italiens.

Cure chirurgicale de l'épilepsie par la ligature des artères vertébrales. — Dans le premier Milan des nos 50, 51 et 54 de la *Gazzetta degli ospitali*, M. le docteur Musso fait avec une grande profondeur de vue, l'historique et la critique de cette question d'actualité, encore si controversée. Il rappelle à ce sujet qu'Hippocrate lui-même avait pressenti que la chirurgie serait l'*ultima ratio* de l'épilepsie et qu'il avait donné à cet effet quelques préceptes. A force de commenter les écrits du père de la médecine, il n'est pas étonnant qu'on y retrouve un peu de tout, même des choses dont on cherche encore vainement la solution. *Nil novum sub sole.* Les médecins arabes, après eux Lanfranchi, Gugliemo da Saliceto, Gugliemo da Carpi, Ambroise Paré, Morgagni, etc., etc., étaient partisans de la trépanation dans le mal caduque.

En parlant des 21 épileptiques traités par le procédé d'Alexander, c'est-à-dire par la ligature des artères vertébrales, le docteur Musso signale les 12 cas qui ont été suivis de succès, mais il fait des réserves prudentes sur les autres observations, quoique admirateur de cette innovation dont l'avenir seul répondra.

Le 22 février, dans l'établissement hospitalier de Turin consacré aux aliénés, M. le professeur Morselli a employé pour la première fois en Italie la nouvelle méthode de traitement sur un épileptique de 22 ans. Le sujet a succombé vingt jours après l'opération par infection purulente, malgré toutes les précautions antiseptiques qui avaient été prises pour l'en préserver; c'est donc une épreuve à recommencer.

— *Laparotomie.* — M. le professeur PORRO a enlevé, le 26 juin dernier, un kyste multiloculaire de l'ovaire d'un très gros volume; guérison.

Le 27 juin, il a fait avec succès la castration sur une jeune femme hystérique déclarée incurable depuis nombre d'années. Cette opération pratiquée en dehors de l'hôpital où l'habile chirurgien a son service, lui a, par parenthèse, suscité de bien ridicules ennuis administratifs.

Le 28 du même mois, ce maître faisait l'amputation utéro-ovarienne et césarienne sur une femme rachitique; la mère et l'enfant ont été sauvés.

Enfin le 9 juillet, le professeur enlevait un myome utérin du poids de 2 kilog., avec amputation de l'utérus au niveau de l'isthme; nouveau succès. (*Gazzetta degli ospitali*, nos 54 et 56.)

— *Ostéo-synovite fongueuse du genou droit avec ankylose angulaire, compliquée d'un vaste abcès périarticulaire, sur une petite fille de 3 ans. — Résection totale du genou. — Guérison*, par M. le docteur FIORANI. (*Gazz. ital. Lombardo*, n° 27, p. 267.) — Observation intéressante à plusieurs points de vue, montrant d'abord que l'âge n'est pas une contre-indication opératoire, puisque les abcès périarticulaires, même d'une vaste étendue, n'en sont pas davantage un obstacle. Le chirurgien s'est bien trouvé, pour empêcher l'urine de souiller les pièces de pansement et d'être la cause d'un érythème, de badigeonner au collodion toutes les parties avec lesquelles ce liquide pouvait être en contact, ce simple enduit a suffi pour les préserver complètement. Quant à l'opération, elle a été faite par le procédé classique et les surfaces osseuses ont été maintenues en contact par l'appa-

reil inamovible spécial de l'auteur dont nous avons déjà parlé dans une de nos précédentes revues.

— *Endothelioma adipeux.* — *Recherches cliniques et anatomiques sur le xanthelasma,* par le M. professeur Ch. de Vincentiis, de l'Université de Palerme. — Monographie très-savante et très instructive, publiée dans la *Rivista clinica* (n° 7, juillet 1883). Cette étude donne avec de nombreux détails historiques, anatomiques et cliniques, l'observation de deux cas de xanthelasma de la pratique hospitalière de l'auteur, dont la rareté excessive fait le principal intérêt.

— *De l'épuisement nerveux.* — *Névrosthénie cérébro-spinale,* par M. le docteur Jules Melotti, de Bologne. (*Annali universali di medicina*, vol. 463, 1883.) — Le nervosisme, si bien décrit par Bouchut et avant notre distingué confrère, si bien pressenti par R. Whytt dans le siècle passé, semble un champ inépuisable d'observations où les auteurs pourront encore glaner longtemps, sans crainte d'arriver à ne plus rien trouver qui soit digne de leur attention. Le docteur Melotti, sans apporter un lourd contingent aux matériaux déjà accumulés, a cependant le mérite d'offrir sous une forme attachante l'état complet de cette vaste question; il étaye ses appréciations sur quelques observations typiques qui éclairent vivement les descriptions qu'il donne des formes variées de la maladie de notre siècle.

Millot-Carpentier.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Gosselin communique le résultat de *nouvelles recherches sur le mode d'action des antiseptiques employés dans le pansement des plaies.*

Dans nos travaux de 1879 et 1880, nous avons établi, le docteur Bergeron et moi, que les antiseptiques empêchent l'altération du sang sur les plaies, non seulement en purifiant l'atmosphère des germes de la putréfaction, mais en faisant subir au sang, après sa sortie des vaisseaux, une modification qui le rend imputrescent.

J'ai présumé, dès lors, que cette modification, qui consiste surtout en une coagulation des matières albumineuses, se produisait en même temps dans l'intérieur des capillaires; mais cette présomption, affirmée aussi par quelques auteurs, notamment par M. Maurice Perrin à propos de l'alcool et par MM. Neudorfer et Gross à propos de l'acide phénique, avait besoin d'une démonstration pour être acceptée par tous et diriger la chirurgie dans l'application et surtout la simplification des pansements antiseptiques. Cette démonstration, je l'ai demandée à quelques expériences dont je viens communiquer ici les résultats.

I. J'ai eu d'abord la pensée de chercher sur des plaies soumises, chez les chiens et les lapins, à l'action de l'acide phénique, les changements anatomiques qui avaient pu en être la conséquence. Mais n'étant arrivé, soit avec l'œil nu, soit avec la loupe, soit avec le microscope, à aucun résultat, je passe sous silence cette partie de mes recherches, et j'arrive tout de suite à celles qui m'ont amené à quelques conclusions.

II. Ces recherches ont consisté à étaler sur une plaque de liège percée d'une fenêtre les membranes transparentes de certains animaux sur lesquelles nous pouvons avoir, sous le microscope, l'intéressant spectacle de la circulation capillaire. Je me suis servi, le plus souvent, des membranes transparentes qui réunissent les doigts des pattes postérieures des grenouilles, et dans trois autres cas du mésentère d'un lapin, du mésentère d'une grenouille et de la vessie d'une souris blanche. Une fois que ces membranes étaient bien étalées sur la fenêtre de la plaque de liège, dans le champ du microscope (grossissement environ 200) et que j'y voyais bien nettement le mouvement du sang dans les capillaires, j'amenais sur la membrane, avec un pinceau ou avec un tube, la substance antiseptique, et, laissant l'œil sur l'oculaire, je regardais ce qui se passait.

L'expérience a été faite avec diverses solutions phéniquées, l'alcool pur, l'alcool étendu de moitié d'eau et l'eau-de-vie camphrée; voici quels ont été les résultats:

1° *Avec les solutions phéniquées au 1/20e et au 1/40e*, j'ai vu la circulation s'arrêter brusquement en quelques secondes après un premier attouchement, quelquefois se ralentir d'une manière sensible, puis cesser encore brusquement après un deuxième ou troisième attouchement. Avec l'acide phénique au 1/40e, il m'a fallu trois attouchements et quatre ou cinq minutes pour avoir la cessation complète du mouvement du sang.

Le lendemain la circulation n'avait pas reparu, et nous pouvions voir les lignes et les

contours rouges des vaisseaux, dans lesquels aucun courant n'avait lieu, ce que nous avons attribué à la coagulation du sang dans les capillaires; à la fin du troisième et du quatrième jour, les membranes étaient brunâtres, ratatinées, en voie d'exfoliation, c'est-à-dire gangrenées, et l'animal succombait, probablement par l'intoxication phéniquée lorsqu'il s'agissait des grenouilles, par le traumatisme du ventre lorsqu'il s'est agi des autres animaux et de leur mésentère.

2° *Avec la solution phéniquée au 1/60*e, j'ai eu les mêmes résultats qu'avec celle au 1/40e, si ce n'est que le mouvement circulatoire ne s'est arrêté promptement que dans une partie des capillaires, en continuant dans deux ou trois autres qui nous paraissaient un peu plus gros et un peu plus profonds; puis l'arrêt s'est fait progressivement dans les autres, et était complet au bout de dix minutes.

3° *Avec les solutions au 1/80*e *et au 1/100*e, l'arrêt s'est fait encore plus lentement et plus progressivement, et n'est devenu complet qu'au bout de douze à quinze minutes. Une seule fois, après l'emploi du 1/80e, la circulation qui avait cessé tout à fait le jour de l'expérience, a été retrouvée le lendemain et le surlendemain. Elle s'était donc rétablie après avoir été supprimée. Dans aucun des autres cas nous ne l'avons vue se rétablir.

4° *Avec l'alcool à 86°*, les résultats immédiats ont été analogues à ceux de la solution phéniquée au 1/20e, seulement l'arrêt n'a pas été aussi brusque et s'est fait progressivement.

5° *Avec l'alcool additionné d'eau par moitié*, il n'y a eu d'abord qu'un ralentissement général, puis, au bout de dix minutes et après quatre attouchements, arrêt complet dans quelques vaisseaux, continuation dans les autres. Cet état de chose, c'est-à-dire l'arrêt incomplet de la circulation, a persisté les jours suivants, et il n'y a pas eu de gangrène.

6° *Avec de l'eau-de-vie camphrée*, mêmes résultats qu'avec les solutions phéniquées au 1/60e et au 1/80e, ainsi qu'avec l'alcool étendu d'eau : ralentissement immédiat de la circulation capillaire, cessation complète au bout de douze à quatorze minutes, et après quatre attouchements successifs. J'ai constaté le lendemain et le surlendemain que la circulation ne s'était pas rétablie, et qu'il n'y avait pas de gangrène. Quand je me suis servi d'eau-de-vie camphrée étendue d'eau par moitié, la circulation ne s'est pas arrêtée.

III. Des faits que je viens d'exposer, il résulte qu'au contact des antiseptiques, la circulation s'est arrêtée dans les capillaires, par la coagulation plus ou moins rapide du sang, et elle s'est arrêtée plus vite lorsque l'antiseptique était fort (acide phénique au 1/20e et au 1/40e, alcool pur), plus lentement et plus progressivement lorsqu'il était faible (acide phénique au 1/100e), et que dans un cas le mouvement du sang, après avoir disparu complètement, était rétabli le lendemain.

Je n'ai pu attribuer cet arrêt qu'à la coagulation du sang déterminée par le contact du médicament qui avait traversé les membranes très minces par lesquelles je l'appliquais et la paroi encore plus mince des vaisseaux capillaires. Je dois dire que, malgré l'attention que j'y ai mise, je n'ai pu voir le resserrement indiqué par certains auteurs, et je n'ai pu trouver d'autre explication de la stase sanguine que la coagulation, analogue à celle que j'ai constatée si souvent en 1879 et 1880, sur le sang hors de ses vaisseaux.

Je suis autorisé à croire que ce que j'ai vu sur les pattes de grenouilles et sur le mésentère doit se passer sur les plaies de l'homme, lorsqu'on verse sur elles une des substances dites *antiseptiques*. Malgré la différence d'organisation générale, en définitive le sang de l'homme et les parois de ses capillaires ne présentent pas des conditions physiologiques assez différentes pour qu'on refuse d'admettre que l'antiseptique pénètre dans les capillaires, soit par les orifices résultant de leur section, soit à travers la paroi très mince des plus superficiels d'entre eux, c'est-à-dire de ceux avec lesquels le médicament est le plus certainement en rapport, et qu'il y amène la coagulation et l'arrêt de la circulation comme sur les animaux. Mais une objection va se produire tout de suite. Est-ce qu'une gangrène générale de la plaie ne sera pas, comme sur les membranes interdigitales des grenouilles, la conséquence de cette coagulation? A cela je réponds d'abord par la clinique. Il m'est arrivé nombre de fois d'arroser abondamment des plaies récentes avec l'acide phénique au 1/20e, l'alcool ou l'eau-de-vie camphrée, et je n'ai jamais eu de gangrène sur ces plaies; tout au plus ai-je eu de temps en temps une eschare de la peau, sur laquelle je m'expliquerai dans une autre occasion. D'ailleurs à la surface d'une plaie il y a, outre les capillaires superficiels, des vaisseaux plus gros dans lesquels la circulation persiste, et des capillaires profonds dans lesquels l'agent antiseptique ne pénètre pas.

Cette coagulation sanguine à l'extérieur et à l'intérieur des capillaires est-elle le seul effet produit par le contact des antiseptiques? Ne se peut-il pas que les autres tissus qui

forment le fond d'une plaie étendue, et notamment les tissus musculaire, conjonctif, nerveux même, subissent des modifications analogues, et que ces modifications s'accompagnent de changements dans leur vitalité et leurs aptitudes physiologiques? Je le présume, mais je ne suis pas en mesure de le démontrer aujourd'hui.

Avons-nous, en thérapeutique, un mot pour exprimer cette propriété remarquable de certains médicaments, d'arrêter ou de diminuer ainsi la circulation capillaire sans amener la gangrène? Celui d'*antiseptique*, dont je me sers, parce qu'il est consacré par l'usage, indique sans doute une propriété capitale, celle de s'opposer à la putréfaction du sang; mais il n'exprime pas cette autre propriété d'amoindrir la circulation. Sous ce rapport, le mot un peu vague d'*astringents* leur conviendrait un peu mieux, quoiqu'il indique un resserrement vasculaire que je n'ai pas constaté d'une façon appréciable. J'aime mieux faire remarquer l'analogie qui existe entre l'arrêt de la circulation que nous avons observé et celui que produisent les véritables caustiques. En définitive, cet arrêt est le premier degré d'une cautérisation. La cautérisation a même été complète, mais tardive et progressive, sur les pattes de quelques-unes de nos grenouilles. Elle est restée incomplète sur d'autres, de même qu'elle reste incomplète chez l'homme. On pourrait donc dire que ces médicaments sont utiles de deux façons : d'abord parce qu'ils sont germicides et antiseptiques, ensuite qu'ils sont astringents ou demi-caustiques.

En tout cas, ils agissent sur les plaies, non seulement en empêchant la putréfaction, mais en coagulant l'albumine du sang à l'extérieur et à l'intérieur des capillaires superficiels et peut-être en même temps toutes les matières albumineuses de la surface des plaies.

Quelles sont, pour la marche ultérieure de ces plaies, les conséquences de ces modifications? Quel rôle leur connaissance doit-elle jouer dans l'emploi des antiseptiques? C'est ce que je me propose d'examiner dans un prochain mémoire.

— M. le professeur Sappey met sous les yeux de l'Académie un fœtus de 6 à 7 mois qui a séjourné sans altération dans le sein maternel pendant 56 ans. (Nous publierons prochainement ce travail.)

COURRIER

Récompenses honorifiques. — Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre du commerce vient de décerner les récompenses suivantes aux docteurs et pharmaciens qui se sont distingués par leurs travaux spéciaux sur les épidémies, pendant l'année 1881 :

Médaille d'or : M. le docteur Paris, de Versailles.

Rappels de médailles d'or : MM. les docteurs Lecadre, du Havre, et Pilat, de Lille.

Médailles d'argent : MM. les docteurs Bédoin, médecin-major de deuxième classe; Coustan, médecin-major de deuxième classe; Eude, médecin-major de deuxième classe; Feuvrier, médecin-major de première classe; Grollemund, de Saint-Dié; Guibert, de Saint-Brieuc; Houzel, de Montreuil-sur-Mer; Lallemand, de Dieppe; Liégeois, de Bainville-aux-Saules; Villard, de Cuéret.

Rappels de médailles d'argent : MM. les docteurs Daniel, de Brest; Manouvriez, de Valenciennes; Mauricet, de Vannes; Mignot, de Chantelle; Pennetier, de Rouen; Perroud, de Lyon; Regnier, médecin en chef de l'hôpital militaire de Batna.

Médailles de bronze : MM. les docteurs Aubert, médecin-major de deuxième classe; Rousseau, de Liré; Brodier, de Bazancourt; Fichot, de Nevers; Fouillhoux; Gils, médecin-major de deuxième classe; Granier, médecin aide-major; Lebastard, médecin aide-major de deuxième classe; Mottard, de Saint-Jean-de-Maurienne; Pommay, médecin en chef de l'hôpital militaire de Teniet-el-Haad; et M. Gebhart, pharmacien à Epinal.

— M. le docteur Arnozan est nommé médecin-adjoint du lycée de Bordeaux, en remplacement de M. le docteur Manès, démissionnaire.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Histoire d'un enfant qui a séjourné 56 ans dans le sein de la mère, sans subir aucune altération, et sans occasionner d'autre désordre que l'incommodité résultant de son poids et de son volume.

Lu à l'Académie des sciences, dans la séance du lundi 27 août 1883,

Par C. SAPPEY.

Lorsqu'un enfant est arrivé au terme de son développement, si un obstacle quelconque s'oppose à sa sortie, il ne tarde pas à périr et devient alors pour la mère, dans l'immense majorité des cas, la cause des plus graves accidents dont la mort est la conséquence ordinaire.

Dans quelques circonstances, extrêmement rares, on a vu cependant le fœtus se comporter à la manière d'un simple corps étranger, auquel s'habituaient si bien tous les organes environnants, qu'une nouvelle grossesse a pu se produire et suivre ensuite son cours naturel.

Ces faits exceptionnels ont fixé l'attention d'un très grand nombre d'auteurs et plus particulièrement de Morand, membre de cette académie qui entreprit vers le milieu du siècle dernier de les comparer entre eux, pour remonter jusqu'à la cause à laquelle on pouvait les rattacher. Comment concevoir en effet qu'un enfant mort ait pu se conserver dans le sein de la mère vivante pendant 26 ans, comme le fœtus de Toulouse qui était situé dans la cavité du péritoine ; pendant 28 ans, comme celui de Sens qui resta dans la cavité de la matrice ; pendant 30 ans, comme celui de Pont-à-Mousson, qui occupait la trompe utérine du côté droit ; pendant 31 ans, comme celui de Joigny, qui fut présenté par Morand, à l'Académie des sciences en 1752 ; pendant 47 ans, comme le fœtus de Leinzel en Souabe, et enfin pendant plus d'un demi-siècle, comme le fœtus de Quimperlé que je viens de déposer sur cette table et dont je parlerai plus loin.

Avant d'aborder la solution de ce problème, je rappellerai que tous ces enfants se sont présentés dans des conditions identiques. Ramassés, comme pelotonnés sur eux-mêmes, ils étaient contenus dans un kyste d'apparence et de consistance osseuse ; et ce kyste, dépourvu de toute trace d'organisation, les séparait si complètement des organes voisins qu'entre la mère et l'enfant, autrefois si intimement unis, il n'y avait plus, en réalité, aucun lien organique. Ces conditions, si différentes de celles qu'on observe pendant le cours de la grossesse, nous laissent entrevoir comment le fœtus a pu se conserver. Mais elles ne nous renseignent pas cependant bien clairement sur le privilège en vertu duquel il a pu résister si longtemps à la décomposition putride.

Dans le but d'expliquer sa conservation deux théories ont été proposées : celle de la pétrification et celle du dessèchement progressif. Pour les partisans de la pétrification le fœtus serait assimilable à un fossile. Les principes immédiats, et toutes les parties constituantes de son corps seraient remplacés par une matière gypseuse, siliceuse ou calcaire, qui lui aurait permis de conserver son volume, sa forme et sa structure. Cette théorie est basée sur le durcissement extrême qu'ont présenté la plupart des organes chez quelques enfants. Ainsi Billement avance que le fœtus de Pont-à-Mousson était pétrifié. D'Orsingius (de Groningue) tient le même langage. Bertholin qui avait vu le fœtus de Sens dans le cabinet des curiosités de Frédéric III, roi de Danemark, affirme qu'il était dur comme la pierre. Mais le fœtus de Leinzel en Souabe n'était pas pétrifié ; celui de Joigny était seulement desséché ; et celui dont je vais parler n'était ni pétrifié ni desséché. Ajoutons que la pétrification des deux fœtus précédents a été vivement contestée, qu'elle paraît en effet très contestable, et nous serons autorisés à conclure que cette théorie est contredite par les faits.

La seconde théorie, ou théorie du dessèchement progressif, a été adoptée et très bien exposée par Morand. Le dessèchement du fœtus, d'une part, et de l'autre l'induration ou l'incrustation de son kyste, donnent selon cet auteur les raisons naturelles de sa conservation ; et Morand ajoute : « Il ne reste plus d'humidité dans la masse qui forme « le fœtus ; tout accès est interdit à l'air extérieur ; et l'effet qui doit en résulter ne sera

« point difficile à concevoir quand on se ressouviendra que des liquides mêmes, « quoique très portés à la putréfaction, se conservent très longtemps dans les grandes « cavités du corps au moyen du kyste qui les renferme. »

Fondée sur ces solides considérations, l'opinion de Morand semblait inattaquable. Tous les faits observés jusqu'alors connus tendaient à la confirmer. Mais le fœtus que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie, vient lui donner un complet démenti. Ce fœtus, qui a séjourné 56 ans dans le sein de la mère et qui aurait dû être plus desséché que ses prédécesseurs, ce fœtus n'était pas desséché; toutes les parties qui contribuaient à le former avaient conservé leur consistance normale. La théorie du dessèchement était donc insuffisante aussi. Il fallait, par conséquent, en chercher une troisième qui pût nous expliquer, non seulement pourquoi un enfant se conserve lorsqu'il se dessèche, mais aussi pourquoi il se conserve lorsqu'il ne se dessèche pas. Comme cette nouvelle théorie prend son point d'appui principal sur le fœtus de Quimperlé, je donnerai d'abord de ce fœtus une rapide description.

Afin de ne pas abuser des moments de l'Académie, je retrancherai de ma description tout ce qui concerne les antécédents de la mère et tous les détails qui se rattachent à la longue durée de la grossesse. Je dirai seulement qu'elle devint grosse à 28 ans. Parvenue à l'âge de 84 ans, et jusque-là assez bien portante, elle fut admise en 1845 à l'hospice de Quimperlé pour une affection des voies respiratoires, et mourut trois semaines après son entrée. M. Beaugendre, qui lui avait donné ses soins, en fit l'ausopsie. La paroi abdominale, largement incisée, il put constater que la tumeur était située en dehors de la matrice, sur le trajet de la trompe utérine droite. Recouverte de toutes parts par des dépôts et incrustations calcaires, elle se présentait aussi sous l'aspect d'un kyste, à surface inégale et mamelonnée, offrant la dureté des os et adhérent par quelques points aux organes voisins. Ce kyste, irrégulièrement ovoïde, mesurait 18 centimètres sur son grand axe. Ses parois avaient une épaisseur de 2 à 3 millimètres.

Le siège du kyste, ainsi que sa forme, ses rapports et ses caractères extérieurs étant déterminés, il fut détaché, puis divisé à l'aide d'une scie en deux parties égales. Bien grande alors fut la surprise des assistants. Dans cette enveloppe appartenant par tous ses attributs au monde minéral, il y avait un enfant! et cet enfant, pendant sa longue captivité, n'avait subi aucune altération! Il se présentait dans l'attitude qui lui est ordinaire, les membres repliés sur le tronc, la tête inclinée sur le thorax. Les deux membranes pupillaires, complètement formées, attestaient qu'il était âgé de 6 à 7 mois. Les organes superficiels, les viscères contenus dans les grandes cavités du corps, tous les muscles, toutes les parties molles avaient conservé leur consistance, leur souplesse, leur couleur normale. Le cuir chevelu était recouvert de cheveux déjà très longs. Les deux paupières rapprochées voilaient le globe de l'œil, et, sur leur bord libre, on apercevait une double rangée de cils bien conformés. Le fœtus, en un mot, apparut aux yeux des personnes présentes sous les traits d'un enfant qui vient de s'endormir. A ce spectacle inattendu, une sorte d'émotion s'empara de toute l'assistance et se propagea au dehors avec la rapidité de l'éclair; aussi chacun d'accourir pour voir celui qu'on appelait de tous côtés le petit vieillard de 56 ans.

Ce fait unique, je crois, dans les annales de la science, suffit à lui seul pour réfuter la doctrine du dessèchement progressif. Loin de moi cependant la pensée de méconnaître la haute portée du travail de Morand. Cet auteur avait bien compris que l'emprisonnement hermétique du fœtus était la condition première de sa conservation; il avait reconnu aussi que cet emprisonnement avait surtout pour avantage de mettre l'enfant à l'abri du contact de l'air. Ce fluide pour lui, comme pour tous les observateurs qui l'avaient précédé, représentait l'agent essentiel de la décomposition putride des corps organisés. Mais nous savons aujourd'hui que l'air atmosphérique n'est pas nuisible en lui-même. Dans une expérience restée célèbre, M. Pasteur démontrait à l'Académie des sciences, le 20 avril 1863, que lorsqu'il est privé de ses germes, les matières organiques ne se décomposent pas, et que si les corps organisés après la mort font retour au règne minéral, c'est à ces germes que leur décomposition doit être imputée. L'illustre expérimentateur s'exprime ainsi:

« Par un procédé assez simple, j'ai réussi à exposer au contact de l'air privé de ses « germes, des liquides frais, putrescibles à un haut degré, je veux parler du sang et de « l'urine. J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie des ballons renfer- « mant de l'air pur et du sang recueilli sur un chien en bonne santé. Ces ballons ont « été exposés depuis le 3 mars dans une étuve constamment chauffée à 30°; le sang n'a « éprouvé aucun genre de putréfaction; son odeur est celle du sang frais. Je dépose « également sur le bureau des ballons pareils aux précédents, renfermant de l'urine

« fraîche; elle est restée intacte. Les conclusions qui découlent de ces expériences sont « applicables à toutes les substances organiques (1). »

Entre ces ballons de M. Pasteur, dans lesquels étaient renfermées des matières putrescibles, et les ballons calcaires dans lesquels étaient renfermés les fœtus dont je viens de parler, il existe une saisissante corrélation. Seulement, dans les ballons de M. Pasteur, il y avait un contenu putrescible et de l'air privé de ses germes. Dans les ballons calcaires que la nature avait construits de toutes pièces autour des enfants qu'elle voulait conserver, il n'y avait ni air ni germes. De part et d'autre, en un mot, les germes faisaient défaut, et de part et d'autre aussi le contenu putrescible a résisté à la décomposition putride. Ainsi s'explique la conservation des enfants qui sont restés après leur mort un grand nombre d'années dans le sein de la mère. Pour eux, la loi qui règle les échanges entre le monde organisé et le monde inorganique avait suspendu son action; et pour la suspendre, il avait suffi à la nature d'écarter les germes qui président à cet échange. Si elle les supprimait ainsi dans l'universalité des êtres créés, les corps organisés ne se décomposeraient plus, et la vie deviendrait impossible à la surface du globe. Ramenés à leur véritable interprétation, tous les faits que je viens de mentionner apportent donc une éclatante confirmation à la doctrine que M. Pasteur défend depuis vingt-cinq ans avec tant de zèle, de succès, de dévouement et une si louable énergie. Devant ces faits, les deux théories anciennes doivent disparaître pour faire place à une théorie nouvelle plus en harmonie avec les données de la science moderne. Cette nouvelle théorie peut être ainsi formulée :

Les enfants qui après leur mort se conservent indéfiniment dans le sein de la mère sont redevables de leur conservation aux conditions physiques de leur emprisonnement, qui ont pour avantage de les mettre à l'abri des germes atmosphériques.

Mais les enfants ne sont pas tous également bien conservés. Dans leur conservation, il y a des degrés; et ces degrés, la théorie doit les expliquer aussi si elle est vraie; or elle les explique en effet.

Dans le premier degré, la conservation est parfaite; l'enfant se présente avec tous les attributs qui le caractérisaient pendant la vie. Dans le second degré, l'enfant est conservé, mais desséché; dans le troisième, il est desséché et en partie calcifié.

La conservation est parfaite lorsqu'après la résorption des eaux de l'amnios les enveloppes du fœtus subissent rapidement la transformation calcaire. Elle est moins parfaite lorsque cette transformation s'opère lentement; car alors ce ne sont pas seulement les eaux de l'amnios qui sont résorbées, mais aussi l'eau de composition des organes qui, dans ces conditions, se dessèchent peu à peu, et d'une manière d'autant plus complète que la transformation est plus longue à se produire. Si, après cette transformation, les sels calcaires continuent d'affluer vers les parois du kyste, ils peuvent envahir aussi les parties superficielles du fœtus, qui se soudent alors à son enveloppe minérale. La théorie nouvelle, en nous expliquant pourquoi l'enfant se conserve dans son enveloppe calcaire, se prête donc aussi à l'interprétation de tous les faits secondaires qui viennent se grouper autour du fait principal. Elle nous offre, par conséquent, un ensemble de garanties qui permettent de la considérer comme positive et bien fondée.

Un dernier mot sur le fœtus de Qimperlé. Après l'avoir attentivement examiné dans ses moindres détails, M. Beaugendre le déposa dans un bocal rempli d'alcool un peu étendu. Le liquide perdant peu à peu sa transparence, il le renouvela d'abord de temps en temps; puis, voulant éviter cette petite opération, il eut la malheureuse pensée de l'exposer à l'air libre pour le dessécher. Le traiter ainsi, c'était le dépouiller de son attribut le plus précieux et détruire en partie ce que la nature, avec ses admirables ressources, avait si bien conservé; c'était un acte bien regrettable que je reprochai à mon savant et distingué confrère. Il le reconnut avec franchise, mais le mal était irréparable. La dessiccation, après une immersion prolongée dans l'alcool, devait être et resta, en effet, définitive. C'est dans cet état qu'il m'a été remis et que j'ai l'honneur de le présenter à l'Académie.

(1) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1863; p. 738 et 739.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le docteur Ferré, préparateur du laboratoire d'histologie, est nommé chef des travaux d'histologie, en remplacement de M. Vaillard, démissionnaire.

GYNÉCOLOGIE

MÉMOIRE

sur le

TRAITEMENT DE L'ENGORGEMENT DU COL UTÉRIN
PAR LES CAUTÉRISATIONS AVEC LE CAUSTIQUE FILHOS (1),
(CAUSTIQUE DE VIENNE SOLIDIFIÉ)

Par le docteur G. RICHELOT père,
Médecin inspecteur de l'établissement thermal du Mont-Dore.

On vient de voir comment le caustique Filhos a été créé, et comment, après Amussat, son usage est tombé à peu près complètement en désuétude dans le traitement de l'engorgement utérin. On lui a supposé des défauts qu'il n'a point; ceux qu'il peut avoir, on les a exagérés; ses précieuses qualités, on les a méconnues. En réalité, les pathologistes les plus autorisés de nos jours l'ont visiblement dédaigné. Dans ces conditions, il m'a semblé qu'il était d'utilité générale de le remettre en lumière.

On pourrait croire que c'est la faveur méritée obtenue par le fer rouge qui a détourné l'attention du caustique de Vienne solidifié. Ce serait une erreur, au moins en grande partie. Depuis une époque qui n'est pas très éloignée, la thérapeutique locale des maladies du col utérin s'est stérilement enrichie d'une multitude de moyens de traitement plus ou moins compliqués, parmi lesquels figurent des caustiques de toutes sortes : la solution de Plenck, la teinture d'iode, le perchlorure de fer, la créosote, l'acide pyroligneux, l'acide phénique, l'acide chromique, le chlorure de zinc, la pommade à l'iodure de chlorure mercureux, l'iodoforme et beaucoup d'autres encore! On a préconisé les injections détersives et astringentes au coaltar, au tannin, etc., etc., l'application des vésicatoires et des sangsues directement sur le museau de tanche; cet organe a été plus ou moins profondément scarifié, pratique qui, du reste, s'est montrée souvent avantageuse. Enfin, comme moyen que l'on peut faire rentrer dans le traitement local, Huguier faisait de larges applications d'huile de croton sur tout l'hypogastre, les aines et même la partie interne et externe des cuisses, ce qui devait imposer une effroyable torture aux pauvres malades, et certainement sans résultat utile. M. Gallard, à qui nous devons ce renseignement (*Leçons cliniques*, p. 401), ajoute : : « Huguier ne recule pas devant l'application de cautères ou de moxas, et même de petits sétons consistant en quelques brins de fil seulement, percés au moyen d'une simple aiguille à suture, dans la région hypogastrique, à quelques centimètres de la ligne blanche. »

Comparez avec l'application si simple et si efficace du caustique Filhos, toutes ces médications aussi incertaines que pénibles, pour lesquelles, bien plus assurément que pour le fer rouge, le caustique nouveau était oublié!

VI. — PARALLÈLE DU CAUSTIQUE FILHOS AVEC LE FER ROUGE.

Mais le caustique Filhos n'a point la prétention de supplanter le fer rouge, bien qu'il puisse le remplacer avec avantage dans un très grand nombre de cas. Il y a place pour les deux agents de cautérisation dans la thérapeutique locale des maladies du col de la matrice. Le fer rouge a ses indications incontestables, le caustique Filhos a les siennes. Toutefois, les contre-indications, mais surtout les difficultés ou inconvénients dans l'emploi, sont bien plus visibles pour le fer rouge que pour le caustique Filhos. Pour ne traiter que sommairement ce sujet, je me bornerai à mettre sous les yeux des praticiens quelques brèves remarques.

(1) Suite. — Voir le numéro du 4 septembre.

L'emploi du feu, dit Aran, est une de ces opérations qui alarment vivement le moral des malades, et leurs craintes sont encore augmentées par l'appareil dont cet emploi est entouré, par l'odeur et le bruit particuliers auxquels donne lieu la combustion. » (*Loc. cit.*, p. 243.) Le fer rouge exige un spéculum particulier, qu'il importe d'appliquer très exactement pour n'être pas exposé à cautériser le vagin (Gallard). Il faut donc une grande adresse de la main, une grande habitude opératoire. « Immédiatement après avoir retiré le fer rouge, dit le docteur Courty, page 320, on jette à plusieurs reprises de l'eau froide dans le spéculum; on retire ensuite cet instrument, et on prescrit à la malade le séjour au lit, le décubitus dorsal, jambes et cuisses fléchies, le repos le plus absolu, et des applications réfrigérantes sur l'hypogastre, la vulve et la partie supérieure des cuisses, avec de l'eau fraîche vinaigrée, de la glace dans une vessie de caoutchouc !!! ».

Malgré ces précautions, à plus forte raison lorsqu'elles sont négligées, la cautérisation actuelle produit généralement une réaction inflammatoire, parfois des hémorrhagies plus ou moins abondantes, quelquefois même des inflammations très graves. Aran a observé trois cas de péritonite mortelle à la suite de cette cautérisation.

De plus, « avec le fer rouge, on n'obtient pas une eschare ou une destruction aussi profonde qu'on pourrait le croire.... le dessèchement rapide de la surface empêche probablement l'action du feu de se propager.... » (Courty.) De là, dans certains cas, la nécessité d'éteindre sur la partie à cautériser plusieurs boutons de feu successivement, ce qui ne peut manquer de rendre l'opération longue et pénible pour la malade.

J'ajouterai que s'il est facile de se rendre compte de l'action du feu sur un tissu mou, imprégné d'humeur, saignant, il n'en est pas de même dans les conditions opposées. Par exemple, chez la malade de mon observation X, le fer rouge, appliqué sur cette énorme induration squirroïde, à moins d'avoir été mis dans le cas d'agir avec une intensité dangereuse, aurait-il amené les effets salutaires que j'ai obtenus du caustique Filhos ?

Comparativement, maintenant, tout en rendant au fer rouge la justice qui lui est due, remarquons que, de son côté, le caustique Filhos n'exige ni réchaud incandescent, ni attirail, ni rien d'alarmant pour la malade. Il est aussi facile à manier que le crayon de nitrate d'argent, étant solide comme lui. Les précautions à prendre, dans son application, sont simples et l'on peut dire banales. Après son application, le lavage à grande eau n'est point nécessaire, comme le docteur Courty le croyait. Tous les soins excessifs que cet auteur recommande, ainsi qu'on l'a vu ci-dessus, après la cautérisation avec le fer rouge, sont loin d'être indispensables après le caustique Filhos, bien qu'il soit prudent, de la part de la malade, de ne point s'agiter après l'opération.

L'action du caustique Filhos est aussi instantanée que celle du cautère actuel, et l'on peut plus facilement lui imprimer le degré d'énergie voulu et donner à l'eschare l'épaisseur convenable, car, tandis qu'il est nécessaire parfois, dans la cautérisation actuelle, de porter à plusieurs reprises le feu sur le museau de tanche pendant la même séance, il suffit, avec le caustique Filhos, de faire durer plus ou moins longtemps l'application du caustique. Enfin, ce qui est très intéressant et facilite beaucoup l'application de celui-ci, c'est qu'on peut le tailler à volonté sans altérer sa solidité, ni lui faire rien perdre de sa vertu, et ainsi l'approprier aux surfaces qui doivent être cautérisées.

En résumé, sans rien enlever au mérite intrinsèque du cautère actuel, qui restera dans le traitement local des maladies du col utérin où il rend de fréquents et incontestables services, le court parallèle qui précède et qui a pour justification directe les observations que j'ai réunies dans le présent mémoire, fait toucher du doigt les avantages réels du caustique

Filhos et met hors de contestation les droits de ce caustique à toute l'attention des praticiens.

A suivre.

De la disparition des zones hystérogènes de la colonne au point de vue du traitement de la grande hystérie.

Mémoire lu à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 10 mars 1883,

Par le docteur Baraduc.

§ I. — En parcourant les différents traités sur l'hystérie, on voit que les traitements institués se sont surtout adressés aux organes qui en ont été jugés les points de départ, l'ovarie en tête, puis aux manifestations hémianesthésiques et autres sur les membres, mais fort peu *directement* aux symptômes médullaires, *hyperesthésie de la colonne*, *état névropathique du cerveau et de la moelle ;* ce n'est que par voie indirecte, que ces organes ont été modifiés, soit par l'aimantation, l'électricit éstatique (Vigoureux), l'hydrothérapie (Thermes, Pascal, Beni-Carl). En effet, le traitement ovarien a été surtout établi au point de vue de l'arrêt de la crise imminente (compresseurs Ballet et Poirier, d'après la théorie de M. le professeur Charcot) ou pour éviter l'état de mal. Le docteur Richer, auteur d'un ouvrage remarquable sur ce sujet, rapporte même ce fait intéressant : la compression ovarienne prolongée ferait momentanément disparaître tous les points hystérogènes. Renversant la proposition, je rapporterai plus loin, avoir vu disparaître chez une hystérique, toutes les zones même ovariennes après l'application de ventouses sur les points hystérogènes de la colonne ; ce qui établit entre toutes ces zones une grande analogie de nature.

Les autres modes sont la déplétion sanguine du col, pour combattre la congestion ovarienne (Chérou) l'application du sac de Chappman, etc.

Dans le même ordre d'idées, j'avais, en 1879, posé un double séton filiforme préovarien ; je dis double, car la pose fut suivie du transfert de l'ovarie, sans amener de résultat bien net sur cette hystérique renforcée ; mais j'obtins un grand soulagement à ses douleurs si vives.

J'ai depuis, sur plusieurs ovaires, essayé quelques vésicatoires légers, quelques pointesde feu, moyens dont je n'ai retiré que des résultats passagers ; ils ont cependant acquis une valeur bien plus remarquable après la disparition des zones de la colonne par la méthode que je soumets aujourd'hui.

§ II. — Le traitement des zones hystérogènes de la colonne n'a été, que je sache, signalé, que dans quelques cas par une application de sac de glace ; on s'adresse plus volontiers aux modificateurs de la circulation cutanée. Dans la pratique hydrique, le jet, même léger et brisé, doit éviter d'atteindre ces points (docteur Thermes). On évite généralement d'y toucher, car ils sont considérés comme le bouton électrique mettant en branle tout l'appareil convulsif , bien que l'on sache que leur pression arrête la crise imminente, et la produise à la période intercalaire, tout comme l'ovarie le ferait elle-même.

Or, comme l'on agit sur l'ovaire, pourquoi ne pas agir sur son congénère le point hystérogène de la colonne ?

Depuis 1879, ayant vu, malgré l'amélioration de l'ovarie, les zones médullaires persister, je résolus de les combattre directement : pour cela, je cherchai à me rendre compte de leur mode de développement.

On peut remarquer à cet effet, en déroulant les observations de ces malades, que l'hystérie débute par des accidents viscéralgiques, cerveau, cœur, estomac, ovaire surtout, avec une invasion ultérieure, ascendante du système ganglionnaire et du système médullo-cérébral, sur une ligne paral-

lèle, toujours du côté ovarien; cette invasion établit ses trois nœuds stomacal, cardio-laryngien, cérébral qui s'influencent l'un l'autre.

Prenant l'ovaire pour point de départ, on voit l'ovarie se produire et sa plaque cutanée se manifester (l'une étant en rapport avec l'autre comme j'ai pu le constater sur une femme hystérique atteinte d'un double prolapsus ovarien).

De l'ovarie constituée, s'irradient les accidents viscéraux du système ganglionnaire, d'une part, et plus tard les accidents sensitivo-moteurs du système relatif, d'autre part; les accidents se traduisent par des modifications de la circulation sanguine et nerveuse, amenant des congestions, des anémies sanguines et comme ce que, par analogie, on pourrait appeler *des congestions des anémies nerveuses*, en un mot de grands troubles fonctionnels dans les organes atteints.

L'hystérie assise alors sur ces trois pieds, réagissant l'un sur l'autre, amène ces mobilités qui l'ont fait comparer à un protée.

— Comprenant ainsi la maladie, je résolus de détruire les trois nœuds l'un après l'autre, par une action directe sur les zones de la colonne, tout en paralysant l'action efficiente de l'ovarie.

§ III. — Ayant remarqué sur Mme B..., hémianesthésique ovarienne gauche, à grandes crises, que la piqûre du bras gauche était perçue au moment où je pressais sur la zone cervicale hyperesthésiée, correspondant aux nerfs brachiaux, je pensai qu'une action sur cette zone pourrait amener, à la longue, une modification dans le bras.

— La pulvérisation brusque d'éther amena, il est vrai, la diminution de l'hyperesthésie, des battements dans la tête, à la tempe, de l'abnihilation de l'œil gauche, quelques vertiges, la diminution des crises, mais en somme peu de résultat du côté du bras.

— Je passai à l'aimantation pratiquée sur la région cervicale gauche. J'obtins la diminution dans les battements de la tempe et quelques signes de sensibilité du côté du bras, un peu plus de force.

— Il en fut de même de l'électrisation faradique pratiquée au niveau du grand cervical inférieur gauche; mais en somme rien de bien saillant, si ce n'est au point de vue de la disparition des battements temporaux.

— J'arrive ensuite aux ventouses dont j'espérais davantage, eu égard à leur connaissance plus exacte que je tenais de mon père, et j'expose ici le résultat de mes tâtonnements toujours sur la même malade, je rappelle qu'elle était hémianesthésique ovarienne gauche, avec les trois nœuds et à grandes crises et hyperesthésie de toute la colonne.

— Dès le début, je m'attendais au nœud cérébral.

— L'application d'une ventouse sur les *apophyses cervicales* m'a toujours donné, chez cette malade, le même résultat, une contracture du bras gauche, après disparition de l'hyperesthésie dans le champ du verre. Cette contracture s'en allait d'elle-même, ou cédait à une légère scarification.

Ce lieu d'élection fut donc bientôt abandonné pour choisir la gouttière vertébrale *exclusivement*.

C'est petit à petit que je me renseignai sur le nombre de verres à employer, sur la durée à les laisser, pour ne pas provoquer d'accidents nerveux trop grands, au lieu d'obtenir une amélioration lente mais réelle comme on le verra : 4, 5, 10 ventouses moyennes furent appliquées 5, 10, 20, 30 minutes progressivement, sans rien brusquer, *toujours sur la gouttière.*

Je passe maintenant aux expériences dont l'ensemble a constitué le traitement de cette malade, et dont je donne un simple résumé.

En général, une ventouse, placée dans la gouttière cervicale au niveau du ganglion cervical inférieur gauche, provoque en deux minutes environ une sensation très nette d'*écoulement d'eau glacée* dans le côté du cou

hémianesthésié. Cette sensation perçue par la malade, et qui lui donne comme un petit frisson, est l'indice que l'apophyse correspondante a perdu son hyperesthésie au tact, et que, bientôt après, la commotion médullaire par le doigt pourra être pratiquée, en ce point, sans douleur pour la malade: notons donc après la sensation d'eau glacée que la malade traduit par ces mots : « Ça coule! c'est froid! » notons, dis-je, la disparition de la zone d'hyperesthésie en ce point; puis la sensibilité paraît dans l'épaule gauche; elle descend par segments dans le membre; en dix minutes environ, elle se trouve au coude; en vingt, à la main, où la piqûre est perçue et accompagnée d'un suintement de sang. Le dynamomètre de ce côté monte de 5 k. à 15. La malade tousse, l'épiglotte est redevenue sensible, la boule diminuée, les battements de tête bien moindres; le nœud cérébral gauche est donc bien atteint. Mais, concomittamment, il s'est effectué un *transfert*, c'est-à-dire le côté droit est devenu bien moins sensible aux anesthésiques, et le dynamomètre tombe à 7 k. de 15 k., chiffre qu'il donnait avant l'expérience.

Si ensuite la ventouse est portée à droite, dans la gouttière, la sensibilité et la motilité, après sensation d'écoulement à droite, renaissent de ce côté, et l'hémianesthésie, l'amiasthénie reparaissent à gauche.

On peut ainsi plusieurs fois obtenir ces oscillations, dont l'accentuation dépend de la durée de l'application; plusieurs ventouses, en effet, après accoutumance, agissent plus vite et produisent des phénomènes plus marqués.

Plus l'écoulement a été perçu, plus l'hyperesthésie est disparue, plus la sensibilité et la force sont revenues au membre correspondant.

Mais si l'on est arrivé à pouvoir mettre plusieurs ventouses dans les deux gouttières à la fois, la zone, au toucher et à la commotion, disparaît plus vite; l'écoulement froid étant plus rapide, les deux bras sont sensibles et donnent 15 k. chacun en un laps de temps d'autant plus court que la chose a été répétée plus souvent; les mains surtout, en plusieurs minutes, saignent à la piqûre; l'acte réflexe brachio-cervical est enfin rétabli; la tête est dégagée de son étau, la vue plus nette, l'esprit plus ouvert et, peu à peu, les crises bulbaires se distancent pour finir par disparaître, les nuits sont meilleures. La malade, quoique fatiguée, éprouve un mieux bien positif, et le *nœud cérébral est vaincu.*

Si l'on veut aller plus vite et qu'il se présente, comme dans l'espèce, de la pléthore cérébrale chez cette anémique, deux ventouses scarifiées retirant 50 grammes de sang donnent des résultats bien plus nets, plus rapides et plus persistants.

J'ajoute de suite que, pour maintenir la durée des phénomènes produits, je faisais passer un léger courant induit au niveau des ganglions cervicaux inférieurs, et j'ai pu ainsi constater deux à trois jours de sensibilité et de force.

J'aurais pu espérer davantage, si la malade, entre chaque application, avait pu résister aux habitudes manuelles qui lui faisaient perdre aussitôt le bénéfice acquis.

Malgré cet obstacle qui diminua lui-même beaucoup, je continuais à agir sur les nœuds thoracique, épigastrique. La cessation complète des crises, une hémianesthésie bien moindre, la disparition incomplète de l'hyperesthésie furent les seuls résultats que je pus maintenir durant plus de deux années.

— Le résultat est donc incomplet dans son ensemble, mais bien net dans les points acquis séparément.

— A côté de cette observation, je rapporterai celle de Mme T..., âgée de 32 ans, hémianesthésique, ovarienne droite avec les trois nœuds, grandes crises épileptiformes et surtout phases d'hallucinations de la vue, de l'odo-

rat et de l'ouïe plusieurs fois répétées par jour, hyperesthésie des plus marquées de toute la colonne.

J'enregistre ici *un succès* complet qui, depuis trois ans, ne s'est pas démenti : j'ai revu hier Mme T..., qui ne présente rien du côté de la colonne, du côté des membres ou de l'ovaire ; un peu de catarrhe utérin, voilà tout.

Chez cette personne, par l'application plus méthodique de mon idée, je fis disparaître de haut en bas, l'un après l'autre, les nœuds central, laryngien, épigastrique, tout en agissant simultanément sur l'ovaire. J'ai noté chez elle la sensation de froid dans le dos, l'écoulement allant jusqu'au frisson, le transfert produit dans le cours du traitement et la facilité avec laquelle les ventouses cervicales appliquées au début de la crise la dissipaient. Son œil redevenait vif, l'esprit plus net, les hallucinations disparaissaient.

Tous ces accidents n'ont plus reparu ; elle sent de tous ses membres. peut aller en voiture ; le doigt, promené sur la colonne, ne produit aucune douleur ; pas d'ovarie.

Même succès chez Mme H..., bien moins malade, atteinte d'ovarie droite intermittente, avec anesthésie et faiblesse du pied de ce côté. Cette malade était atteinte d'hystérie centrale, d'accidents gastriques également.

Actuellement, elle sent bien du pied, ne souffre plus de l'ovaire, et va finir de se rétablir à la campagne.

Je citerai encore Mlle D..., anesthésique et amyasthénique des quatre membres, double ovarienne, mais surtout gauche avec les trois nœuds, surtout gastrique et central. Cette jeune personne en traitement peut, après les ventouses, garder maintenant sa sensibilité et sa motilité pendant vingt-quatre heures dans tous les membres, chose qu'elle n'avait jamais obtenue jusqu'ici. Je cite la dernière note prise à la date du 9 mars 1883 sur son observation.

Mlle D... arrive avec l'hyperesthésie du cuir chevelu très marquée, ainsi que toutes les zones hystérogènes de la colonne, elle est hébétée, a la tête lourde et se plaint de violents battements dans les deux côtés de la tête, elle a le cou moins hyperesthésié que les autres points ; deux ventouses la débarrassent de la céphalalgie et de l'hyperesthésie du cuir chevelu ; puis dix ventouses dans toute l'étendue des gouttières jusqu'aux os iliaques.

L'insensibilité est complète dans les bras, le dynamomètre donne 10 k. des deux mains.

— Dix minutes après, écoulement froid dans le dos, pâleur de la face, petit frisson ; le dynamomètre donne 20 k. à droite, 23 k. à gauche.

La zone du sein gauche disparue, persistance de celle du côté droit.

— A vingt minutes, écoulement plus grand dans le dos et les bras.

A vingt-cinq minutes, écoulement jusqu'à la taille, les ventouses sont retirées, elle dit que cela la pique ; main droite 18 k., main gauche 23 k.

— A trente-cinq minutes, la zone du sein gauche a disparu, l'ovarie droite n'existe plus, la gauche est bien moins nette, l'estomac est bien mieux, la sensibilité est revenue dans les deux bras, les mains piquées sentent et saignent, ce qui l'étonne, il y avait longtemps qu'elle n'avait vu son sang couler aux doigts. A l'enregistreur à chariot, la sensibilité électrique a lieu à 10°, avant elle n'éprouvait un résultat qu'à 7°. L'épiglotte est sensible, la tête dégagée, un peu de fatigue, aussi je fais passer un léger courant sur les grandes cordes inférieures et dans les mains pour assurer le maintien de l'axe sensitivo-moteur reconquis sur l'hystérie.

§ IV. — En résumé, l'étude des zones hystérogènes de la moelle montre leur analogie avec celles de l'ovaire (hypsperesthésie cutanée, névropathie de l'organe indiqué par la pression ovarienne, comme par la contusion

médullaire, perturbation fonctionnelle, arrêt stase sanguine dans les deux organes).

— Si l'on attaque les zones ovariennes, pourquoi ne pas tâcher de faire disparaître celles de la colonne ?

De tous les moyens, je préfère la ventouse qui exerce une stimulation et une dérivation à la fois, son action est facilement graduable, enfin son application doit être raisonnée et très prudente.

Quant aux zones médullaires, *leur nature de stase sanguine et d'arrêt du fluide nerveux* est bien mise en évidence par la sensation d'écoulement éprouvée par la malade et par le retour du *réflexe sensitivo-moteur*, lorsque le sang a été attiré par la ventouse au niveau de la zone, qui alors s'est dissipée. Ceci touche à la question des *congestions par stase* du fait même de l'anémie, et à plus forte raison, lorsqu'il existe un organe assez irrité pour déterminer des phénomènes d'arrêt sur le système vaso-moteur d'un département médullaire.

— La méthode que je soumets peut, je crois, se résumer en ces trois propositions :

1° Dissiper les zones hystérogènes de la colonne et les nœuds correspondants de haut en bas;

2° Traiter l'ovarie en même temps, pour qu'elle ne réagisse pas sur des zones en voie de disparition;

3° Maintenir l'activité circulatoire et empêcher les concentrations nervo-sanguines par les grands modificateurs cutanés (électricité, hydrothérapie douces). Grouper enfin autour de ces moyens la réfection du sang, la nutrition du système nerveux, le traitement moral.

— Tel est l'aperçu de la méthode que je soumets et dont le cadre de ce travail ne me permet pas d'exposer les détails ni de consigner les doses de prudence et de patience qu'il exige du médecin.

BIBLIOTHÈQUE

Mémoire sur la fièvre pernicieuse en Haïti, d'après des documents recueillis dans le sud de l'île, par le docteur J. Bergeaud. Paris, 1880; A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le travail de M. le docteur J. Bergeaud, bien que datant déjà de trois années, mérite néanmoins d'attirer l'attention. L'auteur a cherché à faire dans ce mémoire, sinon une étude didactique *di primo cartello* sur l'endémo-épidémie œstivo-automnale de l'île d'Haïti, du moins un commencement de recherches qui pourront servir de jalons aux médecins intertropicaux de l'avenir, et les aider à déterminer les caractères de ce pays lointain, de son climat et de ses maladies. Tout, à cet égard, est encore à faire; nul ouvrage n'a été écrit sur la pathologie externe ou interne d'Haïti depuis sa séparation de la métropole et sa constitution en Etat indépendant; on serait réduit, si les dictionnaires médicaux en cours de publication voulaient consacrer quelques lignes à ce pays, à puiser des éléments épars et datant de l'époque coloniale déjà loin de nous, dans les travaux de Poupée-Desportes, de Descourtilz, etc. C'est ce défaut même de sources médicales qui a encouragé M. le docteur J. Bergeaud à entreprendre son étude et à mettre les travailleurs qui voudront l'imiter sur la trace d'une mine féconde, encore inexplorée.

L'auteur a cherché d'abord un cadre dans lequel il pût rassembler les matériaux que son observation personnelle lui avait fournis. Aussi voit-on sans étonnement son mémoire commencer par des considérations générales sur la dénomination des fièvres pernicieuses et leur histoire, puis sur la météorologie et la climatologie, où sont traités successivement le rôle du *lieu* et de l'*exposition du sol*, celui du *terrain*, des *eaux*, de l'*air*, comme agent de propagation, de la *contagiosité*, de l'*épidémicité*.

Après ces préliminaires vient l'étude de la géographie médicale et du climat partiel d'Haïti, ses chaînes de montagnes (Haïti veut dire montueux en langue caraïbe), ses ouragans et ses tremblements de terre, son fleuve l'Artibonite, dont les inondations fréquentes ont été comparées à celles du Nil pour la fertilité qu'elles apportent, et qui, comme celles du Nil, font éclore périodiquement des fièvres intermittentes pernicieuses. Il y a aussi de vastes flaques d'eau saumâtre ou marigots, infiltrations souterraines

favorisées par un sol calcaire ou eaux pluviales retenues par la couche d'argile sous-jacente; il semble que la nature ait groupé à plaisir dans ce pays toutes les variétés de marais pouvant donner naissance à des effluves miasmatiques. Terres basses, baies anfractueuses et profondes, cours d'eau peu rapides dans certaines régions, grandes pluies, évaporation constante sous un soleil ardent, toutes ces conditions rangent l'île d'Haïti parmi les pays infestés d'impaludisme, bien que, d'après Moreau de Saint-Méry, et aussi d'après notre auteur, son climat soit en somme l'un des plus fortunés parmi les climats des Antilles.

L'endémie paludéenne absorbant toute la pathologie de cette île, le choléra s'y montre fort peu, ce qui justifie une idée d'antagonisme qu'on a cru voir entre ces deux fléaux. En revanche, les phthisiques sont loin d'y être rares, en dépit de l'opinion soutenue par Boudin, Tribes et Wolheim sur la rareté de la phthisie dans les contrées maremmatiques, opinion qui vient encore d'être battue en brèche au dernier Congrès de Rouen (*Union Médicale*, 4 septembre 1883).

Le chapitre des *causes* (races, tempéraments, etc.) manque nécessairement d'originalité. Il en est de même de l'*anatomie et de la physiologie pathologiques*, l'auteur n'ayant pas ouvert beaucoup de sujets morts de la fièvre pernicieuse; car le pays accepte encore difficilement la pratique des autopsies comme une mesure d'utilité générale. Nous en dirons autant des *symptômes*, des *formes*, des *complications*, etc.; notre confrère se livre à une étude générale de la fièvre pernicieuse qui paraît un peu longue, car elle s'applique aussi bien à toute autre contrée palustre, si ce n'est que nous apprenons ici la fréquence de la forme pernicieuse algide en Haïti. Hâtons-nous d'ajouter que M. J. Bergeaud a su compenser ce léger défaut par la relation de 23 observations personnelles recueillies dans le pays où il exerce.

Les mesures de prophylaxie et d'hygiène, le traitement proprement dit ont aussi leur place dans cette brochure, qui nous a paru contenir, non des faits absolument nouveaux, mais une étude sérieuse et recommandable. — L.-G. R.

Des déterminations articulaires des maladies infectieuses, par le docteur Paul Bourcy. Paris, A. Delahaye ; 1883.

Les maladies infectieuses : blennorrhagie, pyohémie, puerpéralité, scarlatine, variole' rougeole, méningite cérébro-spinale, oreillons, érysipèle, diphthérie, fièvre typhoïde, dysentérie, morve, charbon, syphilis, pneumonie, peuvent toutes, sans exception mais avec une fréquence inégale, présenter des manifestations articulaires.

Ces phénomènes, souvent confondus avec le vrai rhumatisme, en sont absolument distincts et ne sont que des manifestations locales d'une infection générale ; M. Bourcy les désigne par le terme de pseudo-rhumatismes infectieux.

A côté des maladies infectieuses bien définies se rencontrent un certain nombre d'états infectieux mal connus, présentant au nombre de leurs manifestations des déterminations articulaires rhumatoïdes, non rhumatismales, assez fréquemment terminées par suppuration ; la plupart des cas de rhumatisme articulaire aigu suppuré rapportés par les auteurs sont des faits de ce genre. M. Bourcy donne à cette catégorie de faits non encore classés le nom provisoire de pseudo-rhumatismes infectieux proprement dits.

Tous les pseudo-rhumatismes infectieux ont un certain nombre de caractères communs, établissant leur étroite parenté :

1° On les rencontre au cours et au déclin d'états infectieux chez des sujets absolument indemnes, soit héréditairement, soit personnellement, de toute affection rhumatismale ou présentant quelque affinité avec le rhumatisme (gravelle, lithiase biliaire, asthme, etc., etc.).

2° La marche de la température n'est pas celle du vrai rhumatisme.

3° L'albuminurie est la règle et, dans les cas où cette recherche a pu être faite, on a noté dans l'urine albumineuse et dans le sang des organismes inférieurs.

L'état des viscères démontre que les déterminations articulaires ne sont qu'un épiphénomène d'une maladie générale (dégénérescence graisseuse du foie et des reins, hypertrophie de la rate, inflammation des séreuses viscérales, foyers de suppuration multiples, ecchymoses sous-séreuses, état poisseux du sang).

5° Les arthrites pseudo-rhumatismales se font remarquer par leur fixité, leur prédilection pour les grandes jointures, leur tendance aux raideurs et à la suppuration.

6° Toutes les parties constituantes de l'articulation : extrémités osseuses, synoviales, bourses séreuses péri-articulaires, peuvent être intéressées.

7° Quand la suppuration a lieu, on trouve des organismes inférieurs dans le pus articulaire.

8e L'action du froid n'est qu'exceptionnellement signalée comme cause déterminante.

9e L'action du salicylate de soude est sinon nulle, du moins peu efficace.

Les déterminations sur les séreuses cardiaques peuvent coïncider avec les pseudo-rhumatismes infectieux, mais ne leur sont nullement subordonnées, relevant comme eux d'une cause commune : l'infection générale de l'économie. — L. H. P.

JOURNAL DES JOURNAUX

Etude sur la métamorphose graisseuse des reins, par Edwin Rickards, médecin de l'Hôpital général de Birmingham. — Par métamorphose graisseuse des reins, on entend la substitution d'un tissu cellulo-adipeux au tissu rénal histologique, l'ancienne glande conservant jusqu'à un certain point sa forme et son contour général. Cette affection est rare, et les observations qui en ont été rapportées sont plus rares encore. Quelle que soit l'origine du tissu graisseux, il n'est pas douteux qu'il vient d'ailleurs d'une dégénérescence du parenchyme rénal ou d'un empiètement progressif d'un tissu morbide sur le tissu normal. Il est probable que ce tissu cellulo-graisseux vient seulement combler les lacunes résultant de la rupture et de l'élimination des tubuli du rein par suite d'un processus de réparation physiologique, d'un effort insuffisant de la nature vers la restitution *ad integrum*. La masse adipeuse provient de trois sources différentes : 1° du tissu graisseux périglandulaire hypertrophié qui pénètre dans la glande à travers le hile ; 2° du tissu graisseux qui se trouve normalement dans l'intervalle des calices ; 3° du développement des éléments graisseux qui entrent dans la structure du stroma glandulaire.

D'après Rokitansky, l'hypertrophie du tissu graisseux périglandulaire peut, en pénétrant à travers le hile, aller jusqu'à transformer la glande tout entière en un bloc adipeux ne présentant plus la moindre trace de tissu rénal.

Ces modifications s'observent surtout dans les inflammations lentes, consécutives à la formation des calculs rénaux.

Une femme de 40 ans meurt après avoir présenté une suppression complète des urines pendant quinze jours. A l'autopsie on trouve les reins plongés dans une énorme masse de graisse, leur forme et leur volume étaient normaux, seulement les reins n'étaient plus représentés que par une masse adipeuse compacte où l'on n'entrevoyait plus que de rares vestiges de la substance tubulaire.

Dans un cas cité par Godard, la moitié inférieure seule d'un rein avait subi cette transformation adipeuse, et dans le bassinet dilaté on trouva un calcul volumineux. Dans le cas de Brown (*Pathological Society's Transactions*, vol. XIII), il existait dans la masse graisseuse une série de petits abcès communiquant les uns avec les autres, dans l'un d'eux on trouva un calcul. Le rein gauche seul était intéressé, sa cavité communiquait par une série de fistules avec l'aine du côté correspondant. Dans le cas de Wipham (*Path. Soc. Trans.*, vol. XIV), le rein droit était absolument transformé en une masse graisseuse que circonscrivait un abcès dont l'ouverture s'était faite à la cuisse droite. Dans le cas de Hearth (*Path. Soc. Trans.*, vol. X), l'aorte ne fournissait pas d'artères rénales. Ici, il s'agit d'un malade calculeux ayant été opéré de la pierre vingt ans auparavant, mais qui par ailleurs avait toujours joui d'une bonne santé, jusqu'avant les trois semaines qui précédèrent sa mort. A cette époque, il eut une hématémèse et commençait à se plaindre de somnolence, de crampes dans les membres inférieurs. Pendant le sommeil, la respiration était bruyante. Au moment de sa réception à l'hôpital, il présentait du cornage, une dyspnée principalement inspiratoire, une impossibilité presque complète d'articuler un son. Le pouls était à 120; la température à 100° F. (38° centig.); à l'auscultation, râles crépitants et muqueux dans les deux bases; pas d'anasarque; urines alcalines et purulentes. Bientôt l'orthopnée augmente, le malade tombe dans le coma et meurt le jour même de son entrée à l'hôpital. A part le larynx, qui était rouge et œdématié, toutes les lésions portent sur les reins. Le rein gauche, dont la capsule est amincie, est complètement transformé en une masse adipeuse une demi-fois plus volumineuse que le rein normal. Vers le hile apparait un tissu résistant, comme cicatriciel, qui pénètre jusqu'au centre de l'organe et au milieu duquel on trouve un volumineux calcul d'une forme régulièrement pyramidale, de la grosseur d'une noix de tamarin. Cette masse se compose du bassinet oblitéré, de l'uretère, de vaisseaux sanguins pour la plupart comprimés, de tissu conjonctif qui divise le tissu adipeux en masses polyédriques irradiant du calcul comme centre et contenant des vaisseaux sanguins très développés. Les cellules de ce tissu conjonctif étaient en prolifération et présentaient déjà des granulations graisseuses. Sur la périphérie de cette masse cellulo-graisseuse

existaient quelques petits lobules que le microscope montra n'être autre chose que des vestiges de la substance corticale. L'uretère était transformé en un cordon imperméable.

Le rein droit en était arrivé à des stades variables de dégénérescence; un tiers environ du tissu normal, secrétant, subsistait encore, mais ce tiers était le siège d'une inflammation intense. Le reste était transformé en une masse comparable à du mastic, creusée de lacunes que limitait une membrane très mince, et dans l'une de ces lacunes on trouva un calcul mou, sphérique de la grosseur d'un pois. Le bassinet qui était dilaté et aminci contenait un calcul pesant 32 grammes.

Ce cas est intéressant en ce qu'il montre que la vie et un bon état de santé apparente peuvent subsister alors même que, l'un des reins étant complètement détruit, il ne reste plus de l'autre qu'une très petite partie du tissu encore capable de fonctionner. Ici le rein gauche était sans aucun doute transformé en une masse graisseuse depuis de longues années, mais la persistance d'une petite quantité de tissu normal avait permis la survie, et il est très probable que les symptômes urémiques n'ont apparu que parce que cette portion elle-même est devenue le siège d'une inflammation, c'est-à-dire trois semaines avant la mort du malade. *(Remarks on the fatty transformation of the Kidney,* in *The British Med. Journal,* july 7, 1883). — L. Dn.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 14 avril 1883. — Présidence de M. Reliquet.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu, mis aux voix et adopté.

La correspondance imprimée comprend: Le *Progrès médical,* le *Journal d'hygiène,* le *Journal des sages-femmes,* le *Concours médical,* la *Gazette médicale de Picardie,* les *Annales des maladies des organes* génito-urinaires, la *Revue des travaux scientifiques,* t. II, n° 2, la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

Les *Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg,* t. 18, 1882, et t. t19, 1883. — *Mémoires et Comptes rendus de la Société médicale de Lyon,* t. 21, 1881, t. 22, 1882.

Etude comparative du muguet et de la digitale, par le docteur Durieux.

La correspondance manuscrite comprend des lettres des Sociétés de médecine de Lyon et de la Sarthe annonçant la réception des *Bulletins* de notre société.

M. Cyr présente une brochure *sur le zona* offerte par le docteur Fabre (de Commentry).

M. le Secrétaire général annonce trois mémoires envoyés pour le concours Duparcque: un mémoire imprimé de M. Boissard, interne des hôpitaux, et deux mémoires manuscrits avec épigraphe et pli cacheté.

—

M. Graux lit un travail sur la *pleurésie dans l'état puerpéral,* à propos d'une observation, où la malade guérit après 15 ponctions.

DISCUSSION

M. Duroziez : M. Graux nous a dit qu'il avait trouvé peu d'abaissement du foie. Est-ce avant ou après l'accouchement?

M. Graux : La détermination de la hauteur du foie n'a été faite qu'après l'accouchement. Ce peu d'abaissement me frappa en raison de la quantité de liquide et de la distension de la paroi thoracique. J'en attribuai la cause à ce que, la pleurésie s'étant développée à la fin de la grossesse, l'épanchement n'avait pu se porter vers l'abdomen; mais avait pris de l'extension aux dépens de l'autre cavité pleurale, ce que démontrait le refoulement très considérable du médiastin et du cœur.

M. Duroziez : Dans ses recherches, M. Graux a-t-il trouvé des cas analogues. Car, il y a là une question d'opportunité pour l'intervention qui est des plus importantes. Le médecin doit être en effet bien embarrassé sur la conduite à tenir en présence d'une femme en travail, qu'il sait atteinte d'un tel épanchement.

M. Graux : Aucune des observations que j'ai pu lire ne ressemblait à celle que nous suivions avec mon collègue Anezou. Dans les cas de pleurésie gravidique publiés il y avait en général peu d'épanchement. Quant à la pleurésie après la grossesse, je ne connais que l'observation de Chevallereau. Nous avons donc été dominés par la crainte

de voir l'épanchement devenir purulent si nous agissions trop près de la parturition; c'est ce qui nous a fait retarder et attendre une absolue nécessité pour intervenir.

M. Duroziez demande si, dans un cas semblable, M. Graux agirait de la même façon.

M. Graux : Nous étions dans des conditions spéciales. En raison des particularités dont j'ai parlé, la pleurésie n'avait été diagnostiquée qu'au moment du travail, de sorte que nous ne pouvions guère, à ce moment, faire autre chose que d'attendre la fin du travail puisque l'accouchement paraissait se faire normalement. Je crois que, dans un cas semblable, mais où le diagnostic pourrait être fait plus tôt, il serait préférable de ponctionner avant le travail.

Il est procédé au vote sur l'élection de M. Baraduc, au titre de membre titulaire. M. Baraduc est nommé à l'unanimité des membres présents.

M. le docteur Durand-Fardel fait une communication *sur une théorie de la goutte.* (Voir l'*Union Médicale* des 8 et 12 juillet 1883.)

Election du jury pour le prix Duparcque : MM. Reliquet, Polaillon et Thevenot sont nommés au premier tour.

Il est procédé à un deuxième, puis à un 3e scrutin qui donne la majorité à MM. Dubuc et Delefosse.

La commission se trouve donc composée de MM. Reliquet, Polaillon, Thevenot, Dubuc et Delefosse.

M. René Blache présente un volume intitulé: *Extraits de pathologie infantile* de Blache et Guersant, publiés par René Blache.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Gaston Graux.

Séance du 28 avril 1883. — Présidence de M. Reliquet.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu, mis aux voix et adopté.

En l'absence du secrétaire général, M. Rougon, archiviste, dépouille la correspondance.

La correspondance imprimée comprend : le *Concours médical*, le *Journal d'hygiène*, le *Progrès médical*, la *Revue de thérapeutique*, le *Journal des sages-femmes*.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre du ministre de l'instruction publique au sujet de la *Revue des travaux scientifiques*.

Une lettre de remerciments de M. Baraduc, nommé membre titulaire dans la dernière séance.

Une lettre de la Société de médecine de Strasbourg accusant réception du *Bulletin* de l'année 1881, annonçant l'envoi du dernier volume de ses *Bulletins*, et faisant part du plairir qu'elle éprouverait à continuer ces relations et ces échanges avec la Société.

Une lettre de M. Blondeau demandant à être nommé membre honoraire. — L'examen de cette demande est renvoyé à une commission composée de MM. Charrier, Perrin et Duroziez, rapporteur.

Une lettre de M. Ladreit de Lacharrière s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

—

M. Reliquet présente une brochure intitulée: *Hématurie et colique spermatiques dues à un méat étroit placé haut sur le gland.*

M. le Président donne lecture d'une lettre qu'il vient de recevoir dans laquelle M. de Beauvais envoie sa démission de secrétaire général.

M. le Président se fait l'interprète des regrets de la Société en présence de cette décision et dit qu'il se rendra, immédiatement après la séance, chez M. de Beauvais pour lui demander, au nom de la Société, s'il est absolument résolu dans sa détermination.

La proposition de M. Reliquet reçoit l'approbation générale.

La Société décide qu'un de ses membres sera délégué pour préparer la prochaine séance, à l'ordre du jour de laquelle sera portée l'élection du secrétaire général, pour le cas, bien entendu, où M. de Beauvais maintiendrait sa démission.

Sur la proposition de M. Charrier cette mission est confiée par la Société à M. Thorens, qui accepte.

M. le docteur Bouyer, médecin inspecteur des eaux de Cauterets, membre correspondant, assiste à la séance.

M. Apostoli a la parole pour lire un travail à l'appui de sa candidature.

L'examen des titres de M. Apostoli est renvoyé à une commission composée de MM. Thorens, Gillebert Dhercourt fils et Thévenot, rapporteur.

—

M. Duroziez : Je vois une dame de 32 ans qui, au commencement de janvier 1883, a a été atteinte de rhumatisme des gaînes qui entourent la malléole interne gauche. Les articulations étaient intactes. Le pied reposait sur le bord externe; le moindre mouvement provoquait des douleurs excessives; la malléole interne était très douloureuse au moindre contact; toute la région était tuméfiée. La malade est rhumatisante; elle a, de plus, des accidents particuliers du côté de l'utérus qui m'ont fait penser à un rhumatisme génital. Quand elle a pu remuer la jambe, elle a remarqué que la jambe et la cuisse étaient beaucoup moins grosses que celles du côté droit, avec une différence de 2 centimètres. Nous avons employé le massage, l'électricité faradique, les applications de teinture d'iode et le bandage. Aujourd'hui, 28 avril, la malade peut monter plusieurs étages, facilement, mais elle ne peut descendre que comme le font les petits enfants.

Je demande à mes collègues si c'est une loi dans les entorses que cette difficulté pour descendre se maintienne longtemps, ou bien si la difficulté dépend des muscles plus spécialement atteints. Ici, c'est le jambier postérieur et ses attaches qui ont été plus particulièrement pris.

M. Gillebert Dhercourt père raconte qu'il a fait autrefois une chute sur les talons. Il n'y eut pas d'entorse, mais il se produisit une sorte de contusion de la région tibio-tarsienne, et, à la suite de ce traumatisme, notre collègue ne put, pendant fort longtemps, descendre un escalier ou marcher sur un plan incliné, sans éprouver de vives douleurs; tandis qu'il montait facilement les marches.

M. Thorens fait remarquer que cette différence de la douleur entre la montée et la descente, dans les affections du cou-de-pied, s'explique tout naturellement par la physiologie des mouvements de la jambe; car on peut dire qu'on descend avec le pied, tandis qu'on monte avec le genou.

M. Richelot demande le point précis où souffre la malade de M. Duroziez. Est-ce dans le pied, dans l'articulation tibio-tarsienne ou dans le genou?

M. Duroziez : C'est à la partie postérieure de la malléole interne; et il me semble que la douleur siège principalement dans la gaîne du jambier postérieur. Je demanderai à M. Gillebert Dhercourt au bout de combien de temps et pendant combien de temps il a souffert.

M. Gillebert Dhercourt dit qu'il a souffert fort longtemps, environ dix ans, et que cette douleur apparaissait, à certains jours, même en marchant sur un terrain bien nivelé.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, Gaston Graux.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 31 août au 6 septembre 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 929. — Fièvre typhoïde, 40. — Variole, 2. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 15. — Diphthérie, croup, 27. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 43. — Phthisie pulmonaire, 175. — Autres tuberculoses, 12. — Autres affections générales, 64. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 45. — Bronchites aiguës, 13.— Pneumonie, 37. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 94; au sein et mixte, 48; — inconnues, 12. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 75; circulatoire, 44; respiratoire, 52; digestif, 53; génito-urinaire, 20; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulat. et muscles, 4. — Morts violentes, 20. — Causes non classées, 5.

Résumé de la 36e semaine. — Le nombre des décès notifiés au service de statistique ne s'est élevé cette semaine qu'au nombre très faible de 929. Ce nombre est un peu au-dessous (10 décès environ) de la vérité, parce que les décès déclarés dans la journée du jeudi à la mairie du Ve arrondissement n'ont pas été transmis en temps utile.

Malgré cette différence insignifiante, la mortalité de la 36e semaine peut être considérée comme exceptionnellement faible.

Toutes les maladies épidémiques ont participé plus ou moins à cette amélioration de

la santé publique. La Fièvre typhoïde (40 décès au lieu de lieu de 54 et de 49, chiffres des semaines précédentes) s'est rencontrée surtout dans les quartiers excentriques du nord de Paris.

La Variole (2 décès) se fait remarquer depuis cinq ou six semaines déjà par son extrême rareté.

La Scarlatine (1 décès) est également très peu meurtrière.

La Rougeole (17 décès au lieu de 22 et de 20) et la Coqueluche (15 décès au lieu de 25 et de 19) sont plutôt un peu au-dessous de leur taux ordinaire. La Diphtérie (27 décès au lieu de 23 et de 28) qui s'était montrée meurtrière pendant l'hiver et le printemps dernier, conserve depuis plusieurs semaines déjà une fréquence un peu moins grande.

La Bronchite (13 décès) et la Pneumonie (37 décès) sont rares comme elles le sont d'habitude à la fin de l'été.

La seule maladie saisonnière dont la fréquence ait été élevée pendant cette semaine est l'Athrepsie des jeunes enfants. Elle a causé 154 décès (au lieu de 135, 143, 158, chiffres des précédentes semaines). Pour juger de l'importance de ces chiffres, il suffira de rappeler que, pendant les quatre premières semaines de janvier, l'Athrepsie n'avait causé que 64 décès en moyenne par semaine. La mortalité due à cette maladie est donc deux fois et demie plus élevée à présent qu'elle ne l'était en hiver. Ce résultat ne doit pas surprendre, car il se reproduit régulièrement chaque année à la fin de l'été; il est encore plus visible dans le Midi de la France qu'à Paris.

Il n'a été notifié au service de statistique que 314 mariages, mais la faiblesse de ce nombre n'est qu'apparente, deux mairies (dont celle du Ve arrondissement) ayant négligé de transmettre les bulletins de mariage.

On a déclaré 1,147 naissances (583 garçons et 564 filles) dont 852 légitimes; parmi les 295 illégitimes, 235 n'ont été reconnues ni par le père ni par la mère. En outre il y a eu 79 mort-nés ou morts avant l'inscription, dont 22 illégitimes.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

FORMULAIRE

Pommade chloroformée. — Lasègue et Regnauld.

Chloroforme	20 à 30 grammes.
Vaseline	60 à 80 —

Mêlez. — Onctions contre les douleurs rhumatismales ou névralgiques, et contre les douleurs thoraciques vagues des tuberculeux. — N. D.

COURRIER

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. Duval-Jouve, ancien inspecteur des Académies de Strasbourg et de Montpellier, correspondant de l'Académie des sciences. M. Duval-Jouve avait publié des travaux de botanique très-estimés. Il était le père de notre très distingué confrère, le docteur Mathias Duval.

— Nous apprenons également la mort de M. le docteur Cucuel, président honoraire de l'Association des médecins du Doubs, décédé le 25 août à l'âge de 67 ans, à Montbéliard; et celle de M. le docteur Perriquet, ex-chirurgien en chef de la Compagnie d'Anzin, décédé le 31 août, dans sa 77e année, à Valenciennes.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

L'électrothérapie en dermatologie.

L'électrothérapie dans les maladies de la peau. — Ce qu'elle est et ce qu'elle pourrait être. — Emploi médical de la galvanisation et de la faradisation. — Emploi chirurgical de l'électrolyse et de la galvanocaustie en dermatologie.

Malgré les grandes promesses de ses premiers jours, l'électrothérapie n'a pas encore satisfait à toutes les espérances de son début. Est-ce à dire que son efficacité thérapeutique soit contestable dans tous les cas? Non, assurément. Mais, systématiquement exagérée dans ses résultats par quelques enthousiastes, trop délaissée par la majorité des praticiens qui, durant leurs études, n'apprennent peut-être pas assez à mettre en œuvre ses puissantes ressources, elle est tombée trop souvent dans des mains fort peu désintéressées. De là ce discrédit dont il faut à coup sûr tenir compte, et qui, néanmoins, ne peut porter atteinte à la valeur thérapeutique de cet agent.

Seulement, comme le faisait remarquer dernièrement un médecin américain, M. Hardaway, à ses collègues de la Société médicale du Missouri, l'électricité est parfois en défaut dans des affections où son intervention paraîtrait, au premier abord, la mieux indiquée et le plus efficace.

Voici les dermatopathies (1) : le siège superficiel de ces affections, leur diagnostic ordinairement précis, leurs indications thérapeutiques en général apparentes, sont assurément des motifs suffisants pour mettre à profit les propriétés thérapeutiques de l'électricité.

Les dermatopathies sont souvent douloureuses. N'a-t-on pas employé l'électricité à titre de sédatif de la douleur? Les dermatopathies s'accompagnent parfois d'infiltrations, d'engorgements, de tuméfactions des tissus dermiques ou sous-dermiques : est-ce que cet agent ne possède pas des propriétés résolutives? Les dermatopathies ont pour origine ou pour conséquence des altérations de la nutrition; ne trouve-t-on pas dans l'électrisation un stimulant de la nutrition? Faut-il, dans l'espèce, décréter d'accusation les observateurs et le petit nombre de leurs expériences, ou bien mettre en cause la puissance même de cet agent médicamenteux? L'un et l'autre de ces arrêts seraient trop rigoureux; m'est avis que, dans l'espèce, le jugement à intervenir devrait être plutôt celui de Salomon. Bien que citoyen du pays de Franklin où l'électrothérapie est en grand honneur et en grand abus, M. Hardaway partage cette opinion.

En variant les formes d'électricité, les conditions de leur application, leur expérimentation dans les variétés diverses des dermatopathies, le médecin américain a obtenu des résultats partiels assurément, mais qui font espérer de bons services de l'électrothérapie dans un certain nombre d'affections médicales ou chirurgicales de la peau. Ici d'ailleurs, comme dans toutes les médications, la condition du succès est d'employer cet agent avec habileté et avec discernement. L'a-t-on toujours fait?

Dans ce traitement électrothérapique, la galvanisation et la faradisation répondent à des indications différentes. C'est ainsi que dans les dermatopathies avec troubles du système nerveux, l'une et l'autre de ces méthodes ont une utilité presque égale; l'application doit être centrale, c'est-à-dire directement appliquée sur les centres nerveux, ou bien périphérique, et por-

(1) *Saint-Louis. Courrier of medecine*, juin 1883, p. 495.

ter alors sur les points malades. Enfin un autre procédé, l'électrolyse, est encore d'un grand secours pour la destruction des tumeurs, des hypertrophies et des néoplasies cutanées de diverses natures (1).

Satterlée et Piffard ont employé le courant faradique dans le traitement de l'*acné rosacée,* et Cheadle (de Londres) a, par ce même moyen, obtenu quelques succès dans la deuxième période de cette maladie (2). La méthode de faradisation de Hardaway consiste à fixer le pôle positif sur la nuque et le pôle négatif sur la région malade. Le même auteur conseille aussi de faire usage d'un courant galvanique, l'un des pôles étant appliqué sur la région temporale et l'autre sur le siège de l'éruption. Enfin, l'électrolyse a été recommandée dans le but de produire la coagulation du sang dans les vaisseaux variqueux.

Une aiguille servant de pôle négatif est introduite dans la dilatation vasculaire; le pôle positif est tenu dans la main par le malade. On emploie une batterie puissante de huit ou dix éléments, et on répète plusieurs fois les électropunctures sur le trajet des longs vaisseaux. Ces derniers ont-ils une faible étendue ? on se contente d'introduire l'aiguille parallèlement à leur direction. Mais M. Hardaway, inventeur de ce procédé, déclare avec franchise que ce traitement ne dispense pas des moyens thérapeutiques généraux. Il faut donc bien se garder de l'enthousiasme de Bartholow, et ne pas prétendre que, dans l'espèce, l'électrothérapie est une médication souveraine même sans l'intervention puissante et continue du régime diététique et de l'hygiène.

Dans la *séborrhée du cuir chevelu,* on a pu modifier les troubles fonctionnels glandulaires et obtenir quelques succès par la faradisation en humectant préalablement les cheveux. On appliquait sur eux le pôle négatif et le malade tenait dans la main le pôle positif. Il faut avoir soin d'employer un faible courant et de ne pas le prolonger pendant plus de dix à quinze minutes. Mais ce traitement local ne suffit pas et ne dispense pas des moyens thérapeutiques généraux.

La faradisation et la galvanisation ont aussi parfois une heureuse influence, surtout cette dernière, comme moyen palliatif des *éruptions ortiées.* Mais l'efficacité de cet agent est plus manifeste dans les urticaires réflexes, c'est-à-dire d'origine vraisemblablement spasmodiques. Aussi les courants continus ont, dans cette même maladie, donné des résultats avantageux; les faits cliniques sont donc ici en accord avec la physiologie.

Dans le *prurit,* la galvanisation et la faradisation ont été employées par divers médecins (3). D'autres ont seulement obtenu une atténuation momentanée des sensations douloureuses. Que l'électrisation soit locale ou générale, les effets, dans cette affection, ne sont pas plus durables. D'ailleurs, dans les cas soumis à cette médication, le prurit était probablement de nature idiopathique.

Dans l'*eczéma,* la galvanisation amène une atténuation et parfois une disparition rapide des démangeaisons : ce soulagement est temporaire et sa durée est même plus courte que celle des améliorations produites par les autres médications (4). Malgré le témoignage de certains observateurs, l'efficacité de ce moyen est douteuse, et M. Hardaway, qui l'a employé, n'a jamais observé, sous son influence, la diminution des infiltrations eczémateuses.

C'est surtout dans la période aiguë de l'*herpès-zoster* et dans les névralgies

(1) Duhring. *Traité pratique des maladies de la peau,* traduit par Barthélemy et Colson, 1882, p. 97.

(2) *The Practitionner,* juillet 1874.

(3) Rockwell. *Ranking's Abstracts,* 1871, t. II, p. 100.

(4) Rockwell. *The Lancet,* 1873, t. II, p. 571. — Piffard. *The Med. Times and Gaz.,* 1879, t. I, p. 47.

qui l'accompagnent, que les courants continus, comme l'a fait remarquer Duhring, sont efficaces pour faire disparaître la douleur et arrêter l'éruption. Ce traitement paraît d'une réelle utilité à MM. Besnier et Doyon, dont l'expérience clinique possède une si grande et si légitime autorité. Aussi les névralgies, les parésies, les amyotrophies et les troubles trophiques consécutifs au zona sont justiciables des courants continus faibles et prolongés (1).

Des éponges mouillées servent d'électrodes ; l'une est appliquée sur la région malade et l'autre sur le trajet des nerfs correspondants. On fait usage d'un courant descendant de cinq à dix éléments ; chaque séance, de dix minutes, est répétée trois fois chaque jour. Duhring prolonge les séances pendant vingt à trente minutes et les répète deux fois chaque jour. Il emploie l'électricité à la fois lorsque le zona est en pleine évolution, et aussi contre les douleurs qui suivent l'éruption (2).

Toutes les variétés de *calvitie* sont améliorées par l'électrothérapie, mais l'*alopecia areata*, entre autres, est heureusement modifiée, d'après M. Hardaway par l'application sur la région malade d'un courant d'intensité moyenne. La pratique de Waldenström (3), est la même dans cette maladie et Duhring en conseille l'usage contre les *pelades tenaces et rebelles*.

Dans le traitement de la *sclérodermie*, quelques succès ont été obtenus de l'emploi de ce moyen par Feber, Piffard, Armaingaud et Schwimmer (4), M. Besnier n'en a pas obtenu des résultats aussi heureux, néanmoins, il est d'avis de renouveler les tentatives. Dans un cas de *morphée* M. Hardaway a échoué par l'emploi de l'électricité, mais Duhring conseille cependant l'essai des courants continus, sous l'influence desquels il a été témoin de très durables améliorations.

L'électrothérapie est d'un puissant secours dans le traitement chirurgical de quelques dermatopathies. Ici on intervient au moyen des méthodes *électrolytiques* ou *galvanocaustiques*. Elles ont toutes deux une incontestable valeur ; seulement l'électrolyse modifie profondément les tissus par action chimique, tandis que la galvanocaustique, n'agissant que par la chaleur, a depuis quelques années perdu du terrain au profit de la thermocaustique. A ce titre, le thermocautère est supérieur au galvanocautère par la commodité de son maniement.

Une des plus fréquentes applications de l'électrolyse est la destruction des poils surnuméraires. Cette conquête thérapeutique de l'électricité est, paraît-il, des plus appréciées de l'autre côté de l'Atlantique. Quelques médecins américains la préconisent comme « un véritable bienfait envers l'humanité » et dissertent complaisamment sur l'influence physique des pseudo-moustaches de la lèvre supérieure sur le sexe qui, par état de nature, doit être imberbe. Il y a là, paraît-il, une cause d'infériorité sociale pour les quelques femmes hirsutes, voir même une cause de mélancolie et, ajoutent-ils, de folie!

C'est le docteur Chas. Michel, de Saint-Louis (5), qui a eu la gloire de

(1) Kaposi. *Leçons sur les maladies de la peau*, trad. par Ernest Besnier et Doyon, t. I, p. 620. — Buckley. *Med. Times and Gaz.*, 1876, t. II, p. 213. — Jones. *Eodem loc.*, 1876, t. I, p. 356. — Watteville. *British. med. Journ.*, 1879, t. II, p. 38.— Fabre (de Commentry). *Le zona*, p. 227, 1882.

(2) Voir Fauque. Thèse de Paris, 1875. — Vulpian, *Bulletin gén. de thérap.*, déc. 1879.

(3) *Deutsche Klinik*, 1873. — Duhring. *Loc. cit.*, p. 536. — Armaingaud. *Union médicale*, 1878, t. XXVI, p. 709.

(4) Rockwell. *The London med. Rec.*, 1871, n° 5, p. 100. — Fieber. *Wien. med. Woch.*, 26 nov. 1870. — Voir Kaposi. *Loc. cit.*, p. 123, t. II.

(5) Piffard. *Diseases of the skin*, 1876, p. 307. — Hardaway. *Phil. med. Times*, 14 février 1880. — Fox. *New-York med. Record.*, 22 mars 1879. — Duhring. *Loc. cit.*, p. 501. — White. *Med. Times and Gaz.*, 1881, t. II, p. 134.

préconiser aux Etats-Unis cette méthode d'extirpation des hypertrophies pilaires. Piffard, Hardaway, Fox, Duhring l'ont aussi mise en honneur pour la destruction des poils de la lèvre supérieure. On introduit une aiguille très fine et fixée à un manche dans le follicule pileux. Cette aiguille est en communication avec le pôle négatif d'une pile galvanique, dont une éponge humide et tenue dans la main par le malade forme le pôle positif. La batterie galvanique est puissante de huit à douze éléments.

La malade étant couchée en pleine lumière, on introduit l'aiguille dans le follicule, en évitant de pratiquer l'épilation avant l'action électrolytique. Bulkey conseille cependant de maintenir le poil avec une pince, et de s'en servir comme d'un conducteur pour introduire l'aiguille dans le follicule (1).

L'aiguille une fois placée, on ferme le circuit, et on ne doit le rompre qu'au moment où la base du poil est entourée d'une sorte de bourrelet rougeâtre, indice de l'action exercée par l'électricité. La rougeur et la congestion périfolliculaire disparaissent après quelques heures. Enfin, la cicatrice à laquelle cette petite opération donne lieu s'efface aussi après quelques semaines. Quand les poils sont nombreux, M. Hardaway divise l'opération en plusieurs séances.

Duhring, qui se sert de ce procédé, a observé que la douleur est faible, et que les malades les plus pusillanimes s'y habituent facilement, même quand il s'agit de l'extraction de poils durs et épais. Enfin, d'après le même auteur, l'extraction de ces poils est suffisante, et il est inutile de s'arrêter à celle des poils flottants et du duvet « superflu et importun ».

L'*acné rosacée* et la *rosacée* ont été combattues, comme on l'a vu plus haut, au moyen de cette méthode, dont les résultats, d'après Hardaway, sont supérieurs à ceux des autres médications.

L'électrolyse des *nævi* et des *tumeurs érectiles* ou *pulsatiles* est connue depuis longtemps. Elle est heureusement appliquée au traitement des *taches vineuses*, et, depuis longtemps, Fox a démontré sa supériorité sur les scarifications linéaires de Balmanno-Squire et le tatouage de Sherwell (2).

Contre les *taches vineuses* d'une certaine étendue, on emploie une couronne de fines aiguilles implantées sur un manche conducteur servant de pôle négatif, une pile de six à dix éléments et un cylindre de charbon tenu par le malade et formant le pôle positif. Les taches sont-elles petites? Une seule aiguille suffit. Ce traitement, dont Hardaway a toujours retiré des bénéfices, même dans les cas de larges taches, est préconisé par de nombreux médecins anglais et américains qui en ont obtenu le même profit. Un des avantages de cette méthode est de pouvoir suivre les phases diverses de l'action chimique de l'électricité. Il se forme un caillot, des gaz se dégagent, et la tumeur prend une coloration bleuâtre. D'ailleurs, il faut éviter la désagrégation de la tumeur et sa suppuration, comme l'a fait observer Duhring.

La méthode galvanocaustique a été employée aussi par Bryant, Dawson et Allen, Wills, etc. (3). Le cautère, un couteau, une lame de platine ou une aiguille chauffés au rouge blanc, est introduit jusque dans les couches

(1) Balkey. *The London med. Rev.*, 1881, p. 430.

(2) Voir *British med. Journ.*, 1879, t. II, et *Arch. of derm.*, 1879, t. V, p. 854. — Althauss. *London med. Record*, 1867, t. I, p. 151, et 1866, t. I, p. 231. — Du même, *Braithwaites retrospect*, 1876, t. II, p. 159. — Carter. *The Lancet*, janvier 1873. — Penhall. *Eode loc.*, 1874, t. I, p. 530. — Beard. *Phil. med. Times*, 1874, t. II. — Knott. *The Lancet*, 1875, t. I, p. 462, et *British med. Journ.*, 1880, t. II, p. 730. — Duncan. *Braithwaites retrospect*, 1876, t. I, p. 175. — Kaposi. *Loc. cit.*, p. 228.

(3) Wills. *Med. Times and Gazette*, 1854, t. II, p. 460. — Bryant. *The Lancet*, 1869, t. I, p. 601. — Dawson et Allen, *N. Y. med. Record*, t. XI, p. II. — Voir *The Lancet*, 1874, t. I, p. 470, et 1881, t. II, p. 374.

les plus profondes de la tumeur. La rétraction du caillot ainsi formé produirait la rétraction permanente du calibre des vaisseaux et la guérison des nævi. Ici, toutefois, l'emploi du thermocautère est bien préférable au galvanocautère. Actuellement, en Amérique et en Angleterre, comme en France, on a rendu justice au premier de ces instruments en l'adoptant de préférence au second.

Le *lupus érythémateux* a été combattu avec succès par le galvanocautère; Hebra en a fait usage; Kaposi lui préfère le cautère de Paquelin, et MM. Besnier et Doyon considèrent cette méthode comme inférieure à la scarification linéaire. Dans un cas, M. Hardaway a employé l'électrolyse et obtenu la guérison du processus morbide.

La méthode électrolytique a été encore employée avec succès dans le traitement des *nævi pigmentaires* et des *petits fibromes,* contre lesquels on a fait usage avec quelques succès de la galvanocaustique. Contre le *xanthoma* (Fox) (1), les *verrues,* les *végétations des organes génitaux*, les *cornes cutanées,* le *molluscum,* les *épithéliomas,* à une période peu avancée de leur évolution, on peut essayer soit de la méthode électrolytique, soit de la galvano-caustic (2). Enfin, d'après M. Hardaway, il serait utile d'essayer du traitement de la *kéloïde* par l'électrolyse, d'autant plus que, jusqu'à ce jour, les caustiques et le bistouri ont rarement procuré des résultats durables. Ici, comme dans toutes les affections où les hémorrhagies abondantes et les cicatrices apparentes doivent être évitées, l'électrolyse paraît donc appelée à rendre des services.

En terminant, comment ne pas constater que l'électricité n'a donné jusqu'ici à la dermatopathologie que de bien modestes bénéfices? Pour qu'elle entre dans la pratique courante, il faut donc que ses résultats soient vulgarisés et appréciés de tous, et qu'au grand profit des malades, son emploi cesse d'être le privilège de quelques médecins d'ailleurs d'un incontestable talent, mais dont le nombre est trop restreint.

Ch. ELOY.

(1) *The Lancet,* 1879, t. II, novembre.
(2) Bryant. *The Lancet,* 1874, t. I, p. 405.

Le Comité consultatif d'hygiène publique pendant le premier trimestre de l'année 1883.

Voici une heureuse innovation dont on remerciera vivement le comité consultatif d'hygiène de France. Jusqu'à présent, la publication des travaux de ses membres était annuelle. Désormais elle aura lieu sous forme de fascicules trimestriels. Nulle mesure n'était plus opportune pour témoigner de la vitalité de cette institution, dont on n'appréciera jamais assez les éminents services.

Parmi les pages du premier fascicule de l'année 1883, il en est qui empruntent au choléra d'Egypte un exceptionnel intérêt. Ce sont celles où M. FAUVEL, dans les séances des 29 janvier, 17 février et 5 mars 1883, c'est-à-dire bien avant l'invasion cholérique sur les bords du Nil, démontrait, avec une infatigable persévérance, le danger qui menaçait ce pays et l'Europe. Les faits récemment acquis en épidémiologie et les résultats d'une longue observation, prouvaient la nécessité de renforcer les mesures prophylactiques. « Déjà même, ajoutait M. Fauvel, avec une prévoyance justifiée depuis par les « événements, il fallait craindre de voir le système de préservation, organisé avec tant « de peine, être supprimé sous l'influence des intérêts anglais, aujourd'hui prépotents « en Egypte... Déjà, disait-il, l'Angleterre déclare se charger de l'administration du canal « de Suez et en laisser le passage ouvert à tous les navires. Appliquera-t-elle à cet égard, « au point de vue sanitaire, la doctrine commerciale inaugurée dans l'Inde ? »

Le comité consultatif d'hygiène a donc fait œuvre de vigilance; par des avis opportuns, il a mis le gouvernement français en garde contre ces dangers menaçants. Aussi, dans les événements accomplis et dans ceux que l'avenir tient peut-être en réserve, la responsabilité des pouvoirs publics est bien entière.

Ils sont tout armés pour répondre aux notes de diplomatie médicale du *Foreign Office.* N'avions-nous pas raison de dire que le mémoire de M. FAUVEL et les travaux du comité

reçoivent en temps opportun une légitime consécration, par la publication du premier fascicule de l'année 1883?

D'autres communications de M. Rochard sur les *épidémies du Sénégal* et l'*épidémie de fièvre typhoïde de l'école d'Aix*, de M. Proust sur la *diphthérie à Saint-Pétersbourg*, témoignent de l'activité scientifique des membres de la cinquième commission. Parmi les mesures employées pour combattre cette dernière épidémie, M. Proust signale la création d'un hôpital pour les diphthéritiques et l'installation de refuges pour les enfants sains qu'il y a lieu d'isoler des sujets malades. Nos administrations sanitaires ont là des exemples à suivre.

Parmi les autres rapports, signalons dans la section d'hygiène alimentaire, celui de M. Gallard, sur le *fonctionnement du laboratoire de chimie de Breslau*, rapport qui montre bien la faveur dont ces laboratoires jouissent à l'étranger; ceux de M. Grimaux, sur la *limite de contenance des vins en alcool et en extrait*; de MM. Jacquot et Willm, sur les *eaux minérales de Cambo, Saint-Christan et Salies-de-Béarn*, et enfin de M. Bouley, sur de *prétendus cas de guérison de la rage chez l'homme*. L'éminent professeur du Muséum discute avec une impartialité toute scientifique les résultats obtenus par l'emploi de certains agents médicamenteux tels que le curare, et fait bonne justice des remèdes plus ou moins secrets ou empiriques, dont les inventeurs font annoncer périodiquement à l'administration centrale les merveilleux effets par la voie hiérarchique de quelques maires de campagne.

Dans un autre mémoire, M. Bouley traite une question d'une importance majeure pour la prophylaxie de la tuberculose. La transmissibilité et la contagiosité de cette affection aux animaux ont été démontrées par les récents travaux de M. Toussaint. La découverte du contagium paraît définitivement acquise à la microbiologie, on a donc quelque raison de redouter la transmission à l'homme du tubercule des animaux. C'est avec raison que M. Bouley demande l'institution d'expériences nouvelles dans les écoles vétérinaires pour étudier à nouveau la transmission de cette affection bovine aux autres espèces animales, avant de décider s'il y a lieu de prohiber définitivement l'usage alimentaire de la viande des animaux tuberculeux.

La publication trimestrielle des travaux du Comité consultatif d'hygiène était donc, comme nous le disions plus haut, une excellente mesure. L'énumération de ces excellents travaux en est la meilleure preuve. — L. D.

BIBLIOTHÈQUE

Sur la médication chirurgicale avec l'iodoforme; observations pratiques de M. le docteur A. Minich, chirurgien en chef honoraire de l'hôpital civil de Venise, etc...

Depuis de nombreuses années, l'auteur s'est attaché à rechercher l'action de l'iodoforme dans le traitement des affections chirurgicales. Admirablement placé dans son vaste service hospitalier pour grouper un grand nombre d'observations, il a pu étudier d'une façon complète l'action de ce topique.

Voici le résumé de cette étude :

1° L'iodoforme est un remède à employer comme antiseptique;

2° Il n'est pas un spécifique contre les maladies tuberculeuses des os et des parties molles;

3° C'est un remède dangereux et qui exige une grande attention dans son usage;

4° Il ne doit pas être appliqué sur une grande surface, surtout dans les organes riches en tissu cellulaire; dans la cavité abdominale; chez les vieillards, chez les individus atteints de dégénérescence adipeuse du cœur ou affectés d'albuminurie; enfin, chez les sujets hystériques ou hypocondriaques;

5° La dose maxima ne doit pas dépasser 4 grammes pour un pansement;

6° L'individu traité par l'iodoforme doit être surveillé de près, en suivant avec attention la fréquence et la force du pouls, la tendance au sommeil et l'état mental;

7° Si l'on constate quelques-uns des troubles précités, on devra changer la médication et enlever, par des lavages fréquents et prolongés, les moindres parcelles du médicament;

8° Avec l'iodoforme seulement, la médication antiseptique est possible dans les opérations pratiquées dans la bouche, le vagin, le rectum.

M. le docteur Minich n'a jamais eu d'intoxication complète à déplorer; un seul de ses malades, opéré d'un phlegmon diffus de la vaginale du testicule droit, et pansé à l'iodoforme, a montré seulement de la gêne de la parole après quelques jours de l'emploi de

cette poudre, mais tout est rentré dans l'ordre aussitôt qu'on eût cessé ce mode de pansement.

Il manquait une monographie aussi complète à l'iodoforme; nous félicitons sincèrement notre distingué confrère d'avoir entrepris et mené à bien ce travail qui intéressera tous ceux qui s'occupent de chirurgie. Nous ne regrettons qu'une chose, c'est qu'une part assez large n'ait été faite dans la bibliographie aux auteurs français qui se sont occupés de la question.

MILLOT-CARPENTIER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 septembre 1883 — Présidence de M. LARREY.

M. PROUST, secrétaire annuel, lit, au nom de M. Béchamp, membre correspondant, une note sur les microzymas du tubercule pulmonaire, note qui sera complétée par une prochaine communication à l'Académie.

—

M. LEUDET (de Rouen), membre correspondant, fait une communication sur trois faits d'intoxication par la vapeur de charbon.

Dans les deux premiers faits, il a eu l'occasion d'observer des phénomènes d'inconscience sur lesquels il croit devoir appeler plus particulièrement l'attention, parce qu'ils n'ont pas encore été signalés.

Un jeune homme monte, dans un grenier où il couchait, du charbon incandescent pour se chauffer; il se produit un commencement d'incendie; le jeune homme s'en aperçoit et court dans une chambre voisine réveiller son camarade et l'engager à se sauver; le camarade se sauve, et lui, au lieu de l'imiter, rentre dans sa chambre et se couche sous son lit, où on le trouve quelque temps après à demi asphyxié.

Dans le second cas, il s'agit d'un matelot qui avait également apporté, pour se chauffer, du charbon incandescent dans la cabine où il couchait avec d'autres matelots; sous l'influence de l'intoxication par la vapeur de charbon, au lieu de se déshabiller complètement pour se coucher, comme il le faisait toujours, il n'ôta que la moitié de ses vêtements et garda ses chaussures. M. Leudet croit devoir attribuer ces actes à une sorte d'état inconscient produit par la vapeur de charbon.

Enfin, dans le troisième fait, M. Leudet a observé, sous l'influence de la même intoxication, des phénomènes de paralysie périphérique momentanée.

—

M. OLLIER (de Lyon), fait une communication relative à trois cas de néphrectomie.

Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune femme de 21 ans, atteinte de néphrite suppurée avec tumeur intra-abdominale volumineuse; elle avait des urines purulentes.

Avant de pratiquer la néphrectomie, M. Ollier, pensant à la possibilité d'un abcès produit par la présence d'un calcul, alla à travers la région lombaire à la recherche du rein malade, qu'il incisa, et dans lequel il plaça deux gros tubes à drainage.

A la suite de cette opération, l'urine sécrétée par le rein malade eut désormais son écoulement par la plaie; dès lors la malade, qui rendait chaque jour 200 à 250 grammes de pus dans ses urines, cessa d'avoir des urines purulentes et rendit par l'urèthre des urines parfaitement claires. L'urine du rein droit passait par la vessie, tandis que l'urine du rein gauche, rein malade, passait par la plaie.

L'opération avait été pratiquée au mois de décembre 1882; au mois de mai survinrent des douleurs extrêmement vives, et la malade demanda instamment à être débarrassée de sa tumeur.

M. Ollier pratiqua la néphrectomie et rencontra d'abord des difficultés très grandes produites par l'existence d'adhérences anciennes insurmontables. Il ne put lier le pédicule ni limiter exactement le rein en suivant la méthode indiquée par les chirurgiens qui ont pratiqué la néphrectomie. Il sentait, du côté de la colonne vertébrale, une masse qui continuait le rein et qui lui fit croire un moment qu'il s'agissait d'un rein à cheval sur la colonne vertébrale.

Il se décida alors à ouvrir la capsule fibreuse, contrairement au précepte donné par les chirurgiens. L'opération, à partir de ce moment, se fit sans la moindre difficulté; le rein put être parfaitement décollé, et tout fut terminé en quelques minutes.

M. Ollier en conclut que, dans l'opération de la néphrectomie, il faut, contrairement

à l'opinion généralement admise par les chirurgiens, attaquer la capsule fibreuse. Quand on craint les adhérences, il faut faire la néphrectomie sous-capsulaire.

Un phénomène assez singulier se produisit vers le treizième jour après l'opération : la malade fut prise, sans cause appréciable, d'une salivation telle qu'elle rendit pendant deux ou trois jours un litre environ de salive. Assez embarrassé pour expliquer ce phénomène, M. Ollier pense qu'on pourrait le rapporter à une sorte d'influence sympathique produite par l'irritation portée pendant l'opération sur le pancréas.

Au moment où M. Ollier a quitté la malade, la ligature n'était pas encore tombée; mais les urines étaient normales, exemptes de pus et d'albumine, et leur quantité était égale à un litre environ par jour. En un mot, la fonction du rein était complètement rétablie.

La seconde opération de néphrectomie pratiquée par M. Ollier l'a été sur un enfant atteint de tumeur sarcomateuse du rein. Le malade a succombé à la suite de l'opération.

M. Ollier déclare qu'il ne saurait approuver l'opinion des chirurgiens allemands qui ont proposé la néphrectomie dans les cas de reins flottants. A moins que le rein flottant ne soit atteint d'altérations irrémédiables, M. Ollier ne pense pas que la néphrectomie soit applicable à de pareils cas.

En résumé, cette opération doit être réservée aux cas de fistule uréthrale ou de néphrite suppurée, calculeuse ou autre, lorsqu'on a tout lieu de croire que l'affection est localisée dans un seul rein et que l'autre est entièrement indemne. Dans ce cas, la néphrectomie est utile pour empêcher l'infection de l'économie par le foyer d'inflammation suppurative, et pour empêcher que l'autre rein ne se prenne par sympathie.

M. Ollier a pratiqué enfin la néphrectomie dans un cas de kyste rénal qui s'était développé chez une femme, à la manière d'un kyste de l'ovaire, et sans que le moindre trouble morbide se fût manifesté du côté de la fonction rénale. La tumeur, en se développant dans le bassin, avait poussé le rein en avant, et déjeté latéralement le paquet intestinal. L'opération fut suivie de mort par péritonite. Elle avait été précédée d'une ponction à la suite de laquelle M. Ollier avait pu affirmer l'origine rénale du liquide.

M. Blot demande comment M. Ollier a pu s'assurer, dans les cas dont il s'agit, que l'un des reins était parfaitement sain.

M. Ollier répond qu'il a pu faire ce diagnostic par induction basée sur l'absence de douleur et de tumeur dans la région du rein opposée à celle du rein malade.

M. Méhu demande quelle était la nature du liquide retiré du kyste rénal.

M. Ollier répond que ce liquide était séreux, non filant et contenant une proportion considérable d'urée.

M. Blot a observé trois cas de rein flottant, et il ne lui est pas venu à la pensé de proposer une opération pour des cas semblables.

M. Ollier n'est pas non plus partisan de la néphrectomie pour les cas de ce genre, à moins cependant que le rein flottant ne soit le siège d'une altération grave susceptible de compromettre la vie des malades.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 mai 1883. — Présidence de M. Millard.

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR LES BAINS FROIDS.

(Suite de la discussion.)

M. Dujardin-Beaumetz : Je ne veux pas ouvrir de nouveau la discussion sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, discussion qui, il y a quelques années, en 1876, a été déjà presque complètement épuisée.

Aussi j'attendrai pour répondre à mon excellent collègue M. Féréol, que sa statistique soit plus nombreuse, je ferai toutefois remarquer que, jusqu'ici, les résultats qu'il a obtenus (quelque peu nombreux que soient les cas où il a appliqué la méthode de Brand) sont peu encourageants, surtout pour un procédé thérapeutique qui a la prétention de réduire presque à néant la mortalité de la fièvre typhoïde.

Je sais bien que l'on dira que, dans les cas malheureux, M. Féréol n'a pas appliqué dans toute sa rigueur la méthode des bains froids et qu'il faut l'employer dans les premiers jours de la maladie. S'il en est ainsi, je répondrai que la méthode des bains froids, telle que la comprennent Brand et ses disciples, est inapplicable dans nos hôpitaux, car

nous ne recevons les malades qu'à une période plus ou moins avancée de la maladie et presque toujours après le second septenaire ; nos confrères de Lyon doivent trouver les mêmes difficultés dans l'application de la méthode allemande.

Je désire répondre surtout ici à M. Dumontpallier. Lorsqu'un homme de la haute compétence et de la valeur scientifique de M. Dumontpallier vient nous apporter des faits expérimentaux et des faits cliniques qui sont en opposition avec les idées généralement reçues, notre devoir est de ne pas repousser ces faits et ces observations, mais de les examiner avec soin pour savoir quelle est la cause de cette divergence d'idées. M. Dumontpallier soutient que le refroidissement non-seulement n'est pas une cause de congestions viscérales, mais encore que c'est un moyen curateur applicable au traitement de ces congestions. C'est là, à coup sûr, un fait qui est absolument opposé à ce que nous ont appris la tradition et la clinique. L'influence du froid est la cause occasionnelle du plus grand nombre des congestions et le *coup de froid* joue le rôle prédominant dans toute la pathogénie des bronchites, des néphrites, des congestions hépatiques pulmonaires, etc... Le rhumatisme tout entier avec ses congestions multiples résulte de l'impressionnabilité au froid.

La méthode expérimentale venait d'ailleurs appuyer les faits cliniques. Parcourez, en effet, les expériences de Goltz, de Basch, de Hock, et vous verrez qu'elles démontrent, d'une façon évidente, que l'ensemble des vaisseaux innervés par le grand splanchnique, constitue un réservoir sanguin, où afflue le sang qui s'échappe de la périphérie par la contraction brusque et énergique du réseau vasculaire de la peau sous l'influence du froid.

Schuller a même été plus loin et a montré *de visu* cette dilatation des vaisseaux ; lorsque chez un animal on met la pie-mère à nu et que l'on fait des applications réfrigérantes sur le ventre ou sur le train postérieur de l'animal, on voit se produire une dilatation des vaisseaux méningés. Je sais bien qu'à ces faits expérimentaux, M. Dumontpallier a opposé d'autres expériences et en particulier celles de M. Laffont dans lesquelles nous voyons les animaux succomber à l'influence du froid extérieur sans présenter de congestions viscérales.

Ces expériences, je l'avoue, ne me paraissent pas convaincantes ; elles me montrent bien comment un chien succombe sous l'influence d'un froid lent et progressif, mais elles ne nous montrent pas le point important : savoir, ce qui serait survenu si l'animal avait vécu. En effet, cette action du froid est des plus complexes et cette congestion peut s'expliquer tantôt par l'afflux du sang dans les organes, tantôt par les effets de la réaction qui se produit après toute application du froid lorsqu'on vient à la faire cesser.

M. Dumontpallier a aussi avancé des faits cliniques et nous a montré que ces malades atteints de fièvre typhoïde avaient vu disparaître des congestions pulmonaires, sous l'influence de son appareil si ingénieux. Mais ces faits sont trop peu nombreux et on pourrait leur opposer un nombre presque égal et même supérieur d'observations où l'application du froid, faite dans les mêmes circonstances, a déterminé des congestions, des inflammations et des hémorrhagies et il me suffira de signaler ici les faits de M. Féréol.

Comme on le voit, au point de vue clinique et au point de vue expérimental, il ne paraît pas démontré d'une façon indubitable que le froid appliqué à l'extérieur ne soit pas une cause de congestions viscérales. Il est bien entendu qu'il faut distinguer ici les applications du froid et ces congestions viscérales. Je ne nie pas que l'on puisse, en faisant tout autour d'un organe la réfrigération, amener l'anémie de cet organe et j'admets que les applications de froid sur le crâne puissent combattre la congestion méningée et cérébrale et je ne parle pas de l'impression du froid sur tout le corps.

J'exclus aussi de mon argumentation les applications de froid telles qu'on les pratique dans la méthode de Chapmann, méthode qui prétend modifier la circulation des organes en agissant directement sur leur centre moteur médullaire et qui consiste à faire des applications chaudes ou froides le long de la colonne vertébrale.

En résumé donc, je crois que, jusqu'à nouvel ordre, il nous faut d'autres faits expérimentaux et d'autres faits cliniques pour que nous adoptions définitivement cette idée que les applications extérieures de froid non seulement n'amènent pas les congestions viscérales, mais encore peuvent les guérir.

M. Féréol : Je répondrai en fort peu de mots à M. Dujardin-Beaumetz. Tout en reconnaissant que la pneumonie n'est pas une des complications les plus fréquentes de la fièvre typhoïde, je crois qu'elle n'est pas aussi rare que le pense mon collègue et ami ; je n'en citerai qu'une preuve, c'est l'excellente thèse qui a été faite précisément sur ce sujet par un de mes anciens internes les plus distingués, M. le docteur Galissard de Marignac, qui en a trouvé les éléments en grande partie dans mon service à l'hôpital Lariboisière en 1879; cette thèse a été récompensée par la Faculté en 1881.

Quant aux deux critiques que M. Dujardin-Beaumetz adresse à ma communication, il en est une que je repousse et l'autre que j'accepte. Je ne puis accepter que ma communication soit, comme l'a dit M. Beaumetz, la pire condamnation de la méthode de Brand. Il n'y a aucune conclusion, comme l'a dit M. Dumontpallier, à tirer d'un groupe de six faits: d'autant plus que, sur ces six faits, il n'y en a qu'un seul qui rentre dans la catégorie des malades traités suivant la méthode de Brand, et c'est un cas de guérison. Les cinq autres malades n'étaient pas dans les conditions où Brand affirme que sa méthode est efficace, puisqu'ils ont été mis dans les bains pour la première fois entre le huitième et le onzième jour. Et cependant, sur ces 5 malades, 3 ont guéri.

Mais je tombe d'accord avec M. Dujardin-Beaumetz sur ce point, qu'il sera souvent impossible d'appliquer la méthode de Brand dans nos hôpitaux civils, puisque les malades nous y sont amenés, la plupart du temps, entre le septième et le dixième jour, quelquefois beaucoup plus tard. Cependant nous en trouverons encore l'occasion. J'ai en ce moment deux malades qui me sont arrivés dans les conditions requises, que j'ai baignés, qui vont bien; je vous en parlerai plus au long quand les maladies seront terminées.

Maintenant, si je concède à M. Beaumetz qu'il est parfois difficile, impossible même s'il le veut, de diagnostiquer une fièvre typhoïde au quatrième jour, j'espère qu'il me concédera de son côté que parfois aussi cela est très possible.

Mais qu'importe, après tout? S'il est prouvé que la méthode de Brand guérit mieux que les autres, à la condition que les malades soient baignés dès les cinq premiers jours, commençons par baigner nos malades dès que nous soupçonnerons une fièvre typhoïde; le diagnostic se fera plus tard. Ne nous arrive-t-il pas tous les jours d'être obligés de suspendre notre diagnostic? Et cependant il faut quelquefois prendre de grandes résolutions en face de cette incertitude.

— Je continuerai, Messieurs, l'étude nouvelle que je vous ai annoncée. Je n'ai, je le répète, aucun parti pris. Je ne crois qu'à une chose, à la nécessité de vérifier les assertions des Allemands et de l'école de Lyon. Quels que soient les résultats de mon enquête, je vous les apporterai avec la plus entière sincérité.

M. E. Labbé dit quelques mots sur l'emploi des cataplasmes glacés dans le traitement de la fièvre typhoïde.

—

Rectification relative à une communication faite en 1881 sur l'anatomie pathologique de la lèpre,

par M. Cornil.

On se rappelle que j'ai fait, il y a deux ans, devant la Société médicale des hôpitaux, deux communications relatives à la lèpre. Dans la première, en commun avec M. Suchard, séance du 10 juin 1881, il s'agissait de bacilles petits, situés dans les grandes cellules lépreuses, provenant d'une pièce qui avait été enlevée sur le vivant, à Grenade, et placée de suite dans l'alcool. Dans une seconde communication, séance du 28 octobre 1881, relative à des pièces qui m'avaient été envoyées d'Espagne et qui avaient subi un commencement de putréfaction, il y avait, en outre des petits bâtonnets qui appartiennent en propre à la lèpre, de grandes bactéries, allongées, placées bout à bout et que j'ai considérées aussi comme appartenant à la lèpre. Ces dernières étaient en réalité des bactéries de putréfaction, ainsi que M. Babès l'a reconnu en faisant de nouveau des préparations des mêmes pièces et en les colorant différemment. Les bactéries lépreuses, les petites bactéries, se colorent en effet par le réactif d'Ehrlich, tandis que ce liquide ne colore nullement les bâtonnets et les spores que j'avais regardés d'abord comme appartenant à la lèpre. Ces derniers se colorent en bleu par le violet de gentiane, le violet 5 B, etc., que j'avais employés tout d'abord. On peut, en variant ces procédés de teinture, obtenir sur les mêmes préparations les bâtonnets de la lèpre colorés en rouge et les bâtonnets et spores de la putréfaction colorés en bleu.

Comme mes communications sur la lèpre ont été faites devant la Société, je tenais aussi à faire devant elle cette rectification.

Présentation du larynx d'un phthisique ayant été atteint d'aphonie.

M. Gouguenheim : J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société le larynx d'un malade, mort, dans mon service, de phthisie aiguë, ayant présenté pendant sa vie de l'aphonie sans dyspnée laryngienne. J'ai pu examiner le larynx pendant la vie, et je me suis assuré que les replis assez tuméfiés, surtout celui de droite, ne se rabattaient pas dans l'intérieur de l'organe au moment de l'inspiration, au contraire, ils s'écartaient à ce moment.

Ce fait démontre donc, comme d'autres que j'ai observés, que l'œdème et l'hypertrophie des replis aryténo-épiglottiques peuvent exister sans dyspnée, enfin que la dyspnée n'est pas consécutive au renversement de ces replis dans le larynx, au moment de l'inspiration; car dans les cas que j'ai pu examiner, c'est le contraire, c'est-à-dire l'écartement de ces replis que j'ai pu constater à ce moment de la respiration.

M. E. Labbé se déclare partisan de la trachéotomie, toutes les fois qu'il existe un œdème de la glotte.

M. Gouguenheim : M. Labbé prétend que chaque fois que l'on constate un œdème des replis aryténo-épiglottiques, on doit pratiquer la trachéotomie ; je ne crois pas, en raison des examens que j'ai faits, qu'il soit toujours nécessaire d'agir ainsi.

Du reste, la question de l'œdème de la glotte mérite des développements dans lesquels je n'entrerai pas aujourd'hui, vu l'heure avancée.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Troisier.

VARIÉTÉS

Les Médecins et les Pharmaciens auxiliaires de la réserve et de l'armée territoriale.

D'après une circulaire du ministre de la guerre, les dispositions qui règlent l'admission à l'emploi des médecins et des pharmaciens auxiliaires soumis à la loi du recrutement, sont les suivantes :

Les secrétaires des Facultés et des Ecoles préparatoires transmettront au ministre des bulletins individuels certifiant l'obtention des diplômes pour les officiers de santé et les pharmaciens de deuxième classe, ou bien mentionnant la prise de douze inscriptions pour les élèves aspirants au doctorat. Une enquête sera ouverte par chaque commandant de corps d'armée, et, s'il y a lieu, une nomination avec leur ordre de route, en cas de mobilisation, sera adressée aux titulaires.

Leur affectation est la même que celle des autres officiers de réserve ou de l'armée territoriale, c'est-à-dire qu'ils seront répartis entre les corps de troupes, les ambulances et les hôpitaux. On pourra les appeler à accomplir une période d'instruction et ils seront soumis aux lois ordinaires du passage de la réserve dans l'armée territoriale. La radiation des cadres, la démission volontaire entraînent la déchéance du grade et font considérer le titulaire comme simple soldat. Avant leur admission dans le cadre, les aspirants au doctorat subiront devant un jury, siégeant dans chaque Faculté ou dans chaque école de plein exercice, un examen portant sur le service médical des corps de troupes, des hôpitaux et des armées en campagne.

Cette circulaire donne donc satisfaction à toutes les réclamations. Elle réglemente la situation des officiers de santé et des pharmaciens de deuxième classe, en créant en leur faveur une position équivalente à l'ancien grade de sous-aide. Enfin, elle donne satisfaction aux étudiants en médecine, aspirants au doctorat et possédant douze inscriptions.

L. D.

FORMULAIRE

Poudre désinfectante. — Sigmund.

Goudron de hêtre ou huile de cade. 20 à 40 grammes.
Sulfate de chaux pulv. . . . . 200 grammes.

Mêlez intimement, séchez et pulvérisez. — Pour saupoudrer les ulcérations vénériennes gangréneuses, après les avoir soigneusement nettoyées. — N. G.

Séton contre l'hyperémie conjonctivale. — Warlomont.

L'hyperémie conjonctivale irritative avec ulcère vasculaire, est avantageusement combattue par de petits sétons établis aux régions temporale ou mastoïdienne. Au moyen d'une large aiguille courbe et plate, on fait passer un cordonnet de soie sous un pont de peau de 1 à 2 centimètres, à un ou deux travers de doigt au-dessus de l'oreille. On

lie les deux bouts ensemble, et le séton se trouve dissimulé dans les cheveux. Les vésicatoires derrière les oreilles ou à la nuque sont également indiqués. — Fomentations adoucissantes, légère compression pour maintenir l'œil immobile, régime fortifiant. — Il est certains ulcères irritables de la cornée, qui exceptionnellement, sont utilement traités par un attouchement très léger, au moyen d'un crayon de nitrate d'argent finement taillé. — N. G.

COURRIER

Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant l'analyse faite par M. Jouiie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret en date du 1er septembre, M. le docteur Soulier, maire du Puy (Haute-Loire), a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

VACCINATION OBLIGATOIRE. — M. Jules Ferry, président du conseil, ministre de l'instruction publique, vient d'adresser aux recteurs la circulaire suivante, relative à la revaccination obligatoire des élèves des lycées et collèges:

« Monsieur le recteur,

« Dans une discussion récente, les membres de la Société médicale des hôpitaux de Paris ont, en présence des heureux résultats produits au lycée Louis-le-Grand par la revaccination obligatoire, émis le vœu que mon administration généralisât cette mesure pour tous les établissements de l'Etat.

« Depuis l'époque où la revaccination est devenue obligatoire pour tout élève nouveau entrant au lycée Louis-le-Grand, aucun cas de variole ni de varioloïde n'y a été constaté.

« Persuadé que la mesure demandée par la Société médicale des hôpitaux de Paris ne pourrait produire que d'excellents résultats, j'ai décidé que la revaccination sera obligatoire pour tous les élèves internes des lycées et collèges.

« Je vous prie de donner des ordres pour assurer l'exécution de cette mesure.

« Jules FERRY. »

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — A la suite des concours de l'année scolaire 1882-1883, les récompenses suivantes ont été décernées aux étudiants en médecine et en pharmacie de la Faculté de Bordeaux:

A. *Médecine.* — Première année. Prix: M. Vincent; mention très honorable : M. Viéron; mention honorable : M. Teissier. — Deuxième année. Prix : M. Charles Hédon. — Troisième année. Prix : M. Canac ; mention honorable : M. Rabaine. — Prix du Conseil général : M. Prioleau.

B. *Pharmacie.* — Première année. Prix : M. Roos. — Deuxième année. Prix : M. Lalanne ; mention honorable : M. Boudet. — Troisième année. Prix : M. Crouzel ; mention honorable : M. Bonis. — Prix du Conseil général : M. Collas. — Prix Barbet : M. Lalanne ; mention très honorable : M. Roos. — Prix des travaux pratiques. Première année : M. Roos ; deuxième année : M. Lalanne.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

REVUE CRITIQUE DE MÉDECINE

La maladie de Graves - Basedow et les goîtres exophthalmiques.

Notre temps s'applique avec prédilection à réviser le cadre nosologique qui lui a été légué par les générations antérieures.

Un grand nombre d'états pathologiques, considérés jusqu'alors comme des entités indépendantes, ont été soumis à l'analyse. Plus d'une maladie, qui dans la nomenclature du passé jouissait d'une place distincte parmi les espèces morbides, n'a pu supporter la critique contemporaine et a vu s'évanouir son individualité; il lui a fallu descendre à l'état de simple complexus symptomatique, susceptible d'être rattaché à des causes différentes.

Nous n'examinerons pas ici à qui, en bonne justice historique, il convient d'attribuer la paternité de la maladie désignée dans la plupart des traités de pathologie sous le nom de goître exophthalmique. — Que son premier peintre ait été Parry (1825), comme M. Vulpian le croit, ou Pauli de Hanau (1837), ou Henry Marsh (1841), comme le veut M. Tapret (1), l'usage, *quem penès arbitrium est...*, y a indissolublement uni deux autres noms, et, de même que l'atrophie musculaire progressive est la maladie de Duchenne-Aran, le goître exophthalmique restera la *maladie de Graves-Basedow.*

Est-ce bien d'ailleurs une maladie? Sous cette étiquette pieusement conservée, n'aurait-on pas catalogué des choses différentes, tantôt une névrose, tantôt le syndrome caractéristique d'une compression locale? — C'est ce que va nous apprendre l'examen de quelques récentes publications.

(1) *Archives de médecine,* 1880-18.

FEUILLETON

CAUSERIES

On s'instruit toujours en voyageant. C'est déjà un plaisir que de se renseigner *de visu* sur les productions du sol, les mœurs des indigènes, la couleur de leurs parapluies et le prix des denrées, qui doit être partout fort élevé, si l'on en juge par les tarifs des buffets sur tous les chemins de fer.

Mais combien la satisfaction n'est-elle pas plus vive quand le hasard des voyages nous met en possession de quelque nouveauté précieuse dans l'ordre même de nos recherches et de nos préoccupations habituelles !

C'est ce qui vient de m'arriver: j'ai fait une découverte capitale en thérapeutique, et je n'hésite pas à la répandre et à en faire profiter le genre humain, sans passer par la commission académique des remèdes secrets et nouveaux, dont le scepticisme bien connu risquerait de compromettre ma trouvaille.

Le remède, d'ailleurs, n'est ni secret ni nouveau, mais la manière de s'en servir est toute une révélation.

Dans une récente excursion, je me suis donc rencontré avec une de mes anciennes clientes que vous me permettrez de vous présenter, pour la commodité du récit, sous le nom de Mme Lerond.

Nous ne nous étions pas quittés en très bons termes, ce qui ne vous étonnera pas, quand vous saurez que Mme Lerond, respectable commerçante d'une quarantaine d'années, est atteinte d'hystérie à forme vaporeuse, avec manifestations luxuriantes du côté

I

La description classique de la maladie de Graves-Basedow comprenait trois symptômes cardinaux: goître, exophthalmie, palpitations du cœur; autour de cette triade fondamentale gravitait un cortège de phénomènes très variés, dits accessoires, troubles du caractère, des fonctions digestives, de la sensibilité, de la menstruation, etc., « tous ces signes un peu disparates étant reliés entre eux par le système nerveux, qui est leur fond commun, et par la maladie fondamentale unique qu'ils manifestent. » (Grasset) (1).

Mais on sait depuis longtemps que le schéma classique est loin de s'appliquer à tous les cas cliniques. Pour conserver à la triade traditionnelle sa personnalité théorique, il a fallu pour ainsi dire élargir la signification de chacun de ses termes: ainsi, goître est devenu, dans l'espèce, synonyme d'hypermégalie du corps thyroïde, abstraction faite de la nature de cette augmentation de volume; sous la rubrique exophthalmie ont été décrits divers états anormaux de l'appareil oculaire, et les palpitations ne sont qu'une des modalités des troubles cardio-vasculaires observés dans cette affection.

En effet, si nous analysons les observations publiées sous les noms de goître exophthalmique, maladie de Graves ou de Basedow, nous voyons que le goître y est décrit avec les caractères les plus dissemblables. Beaucoup d'auteurs ont vu, comme Trousseau, dans la tuméfaction du corps thyroïde le résultat d'une hyperémie considérable et d'une ectasie vasculaire, souvent intermittente, accompagnant ou suivant des crises de palpitations, des émotions, l'époque menstruelle; à ces troubles congestifs persistants on a vu succéder une hyperplasie ou une atrophie scléreuse de la glande. Mais, dans d'autres cas assez nombreux, la tuméfaction thyroïdienne survenue d'une manière continue, régulière, sans crises, était un néoplasme (fibro-sarcôme, sarcôme fasciculé, tumeur kystique), et presque toujours, dans ces cas, il semble que l'apparition de la tumeur thyroïdienne ait précédé celle des autres signes de la triade.

Les troubles de l'appareil oculaire ne sont pas toujours et uniquement

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux.*

---

de la tête, de l'estomac, du ventre, des jambes, et généralement de tous les organes et de toutes les fonctions. Cet état de santé s'accordait fort mal, on le conçoit, avec les nécessités d'un commerce prospère, et notamment avec le séjour à perpétuité derrière le comptoir.

Non seulement, je n'avais pas réussi à délivrer Mme Lerond de ses nombreuses incommodités, mais encore un nuage avait marqué la fin de nos relations, et voici comment:

Un jour qu'elle me demandait sérieusement mon avis sur sa santé, me suppliant de lui dire franchement, dans l'intérêt de ses enfants, si elle n'était pas menacée de devenir folle, je m'efforçai de lui faire comprendre, sur un thème connu, que tout ce qu'elle éprouvait était *nerveux*, que rien de grave ne devait en résulter dans l'avenir, et je conclus ma petite conférence par cette phrase : « En résumé, Madame, sans être jamais très malade, vous serez toujours un peu patraque! »

J'étais content de la justesse de cette expression, qui pour moi s'appliquait très exactement à ces santés vacillantes, à ce roulis incessant, à cette interminable série de petits accrocs, qui sont le propre des hystériques.

Mais cette recherche de langage fut, dans l'espèce, fort mal acueillie; et c'est avec un air pincé que ma cliente me congédia, en me disant que le mot *patraque* lui paraissait peu convenable, et qu'elle n'était pas habituée à s'entendre traiter de la sorte.

Vainement je lui aurais objecté que Littré indique le mot *patraque* comme s'employant familièrement pour désigner une personne faible, maladive, et qu'il est parfaitement reçu dans la meilleure société. Ces arguments n'avaient aucune chance de me faire rentrer en grâce après ma soi-disant énormité, ma cliente ayant également peu de fréquentation et avec Littré et avec la meilleure société.

l'exophthalmie. De Graefe a admis un signe, le défaut de consensus entre le mouvement de la paupière et l'élévation ou l'abaissement du globe de l'œil ; ce phénomène lui paraissait tellement pathognomonique, qu'il diagnostiqua, dit Eulenburg, la névrose de Graves chez un malade qui ne présentait que ce symptôme et des palpitations. Tandis que l'exophthalmie expérimentale chez les animaux s'accompagne en général de dilatation de la pupille, et qu'on observe des modifications pupillaires dans les cas de trouble fonctionnel du sympathique cervical secondaire à une tumeur du cou, Eulenburg n'admet pas de modification pupillaire dans la maladie de Basedow vraie et pure.

Enfin, outre les troubles purement fonctionnels de l'appareil cardio-vasculaire, tels que les crises de palpitations, la fréquence des pulsations et des battements du cœur (tachycardie), des observations relatent la dilatation des cavités cardiaques et des lésions orificielles, comme l'insuffisance tricuspidienne.

Pour continuer à maintenir les faits observés en harmonie avec la description primitive, on a en outre été amené à admettre des cas *frustes* dans lesquels manquait un quelconque des trois grands phénomènes ; puis, peu à peu, on a vu disparaître deux des symptômes considérés comme caractéristiques par Graves et Basedow, « à tel point qu'il est probable, disait un critique, que ces auteurs n'auraient pas reconnu la maladie qu'ils nous ont décrite » (1).

Les modifications apportées aujourd'hui à la symptomatologie de la maladie de Basedow consistent donc en ce qu'une moindre importance est attachée à certains signes classiques et que des signes méconnus jusqu'alors ou laissés dans l'ombre ont été placés au premier plan.

II

La nécessité de modifier la conception de la maladie de Basedow et d'en élargir le cadre symptomatique nous semble découler des deux excellentes études publiées par nos amis G. Ballet et P. Marie, sons l'inspiration de lenr maître, M. le professeur Charcot.

(1) *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie,* 1883. B.

Comme conclusion pratique de cette première partie de mon histoire, ne jamais se lancer dans le langage usuel et familier auprès des malades, si l'on n'est pas absolument sûr d'être compris.

Malgré ce grave dissentiment, je crus pouvoir me hasarder à rendre visite à M[me] Lerond, en passant devant chez elle, et à lui demander des nouvelles de sa santé.

Elle était radieuse et avait repris toute la sérénité d'une reine du comptoir.

« Je suis complètement guérie.

« — Je vous en félicite. Et pourrait-on savoir à qui et à quels moyens vous devez cette heureuse guérison?

« — C'est à un médecin russe, qui vint l'hiver dernier au magasin, et qui voulut bien s'occuper de moi, avec beaucoup de sollicitude.

« Après m'avoir bien interrogée et examinée (c'était un homme très consciencieux), « il me dit : Je sais ce qu'il vous faut, mais je ne puis pas vous donner tout de suite le « remède qui vous guérira. Je n'en ai pas avec moi, et il est nécessaire que j'en fasse « venir de Russie; je n'aurais pas une confiance suffisante dans les drogues de vos « pharmaciens français, qui se livrent sur tous les produits à une spéculation effrénée, « sans souci de la bonne qualité de la marchandise. Tandis qu'en écrivant en Russie « je sais ce que l'on m'enverra, je suis sûr de la pureté absolue des médicaments dont « j'ai l'habitude, et je pourrai entreprendre votre traitement avec la certitude de réussir.

« Le remède étant enfin arrivé de Russie, poursuivit M[me] Lerond, j'en pris d'abord « une pilule. Le lendemain, le médecin vint s'enquérir de l'effet produit. L'effet n'était « pas satisfaisant. Je pris donc ce jour-là deux pilules au lieu d'une, et continuai la « même dose pendant quatre ou cinq jours.

M. Marie (1) a démontré que le *tremblement*, signalé pour la première fois en France par M. Charcot en 1862, cité depuis par divers auteurs, et qui a fait notamment l'objet d'un travail lu par M. Guéneau de Mussy à la Société de thérapeutique, constitue un des symptômes les plus constants de la maladie de Basedow, si bien qu'il permet d'en diagnostiquer les formes frustes.

Mais, s'il est à peu près constant, son intensité est des plus variables ; tantôt il domine tellement les autres symptômes qu'il attire seul l'attention du malade, tantôt le médecin est obligé de le rechercher en mettant le malade dans certaines conditions qui en rendent plus facile l'observation. Dans les cas bien accentués, tout le corps est agité d'une « trémulation » continuelle ; si le malade est debout, les oscillations rapides dont il est animé semblent se faire suivant la direction verticale ; s'il est déshabillé et au repos, on voit que presque tous les muscles des extrémités et du tronc sont le siège de *mouvements fibrillaires*, qui manquent à la figure et dans la langue (Féréol) ; c'est comme une palpitation de toute la surface du corps.

Les membres supérieurs présentent de petites oscillations rapides, surtout visibles à l'extrémité, et jusqu'à un certain point comparables au tremblement alcoolique ; la conséquence peut en être une gêne considérable dans l'action d'écrire ou de coudre. Le tremblement des membres inférieurs n'apparaît parfois que si le malade est assis, les pieds reposant sur le sol par la pointe ; il peut devenir assez intense pour rendre la marche incertaine et titubante.

Ce tremblement, étudié à l'aide du tambour myographique, fournit un tracé dont les caractères permettent le diagnostic avec d'autres tremblements. Le rhythme des oscillations est uniforme dans le sens horizontal. Les oscillations verticales, croissant graduellement d'amplitude, décroissent ensuite régulièrement, donnant au tracé un aspect fusiforme. Le nombre des oscillations varie de 8 à 9 1/2 par seconde, tandis que, dans la paralysie agitante et le tremblement sénile, il est de 5 par seconde en moyenne.

(1) *Contribution à l'étude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow*, 1883.

« Je me sentis soulagée instantanément, sans secousse, sans fatigue, et depuis lors je « ne souffre plus ni de maux de tête, ni d'insomnie, ni de mauvaises digestions, ni de « faiblesse dans les jambes.

« Le médecin russe ayant dû partir sur ces entrefaites m'a laissé une petite provision « de son remède ; j'ai encore des pilules, et je saurais me guérir si j'avais une rechute. »

Cette histoire, débitée avec la confiance la plus absolue, me paraissait piquante ; mais parviendrais-je à savoir le nom du fameux remède envoyé de Russie ? Je craignais quelque mystère soigneusement entretenu par le confrère moscovite ; bien loin de là, le dénouement était encore plus limpide et plus complet que je ne pouvais le supposer.

« Savez-vous à peu près, dis-je à Mme Lerond, en quoi consistait le remède qui vous a « fait tant de bien ?

« — Je le savais parfaitement, mais je l'ai oublié. Le médecin me l'a bien montré « cependant. C'était une poudre jaune et amère ; attendez donc, c'était..... c'était..... de « la rhubarbe ! »

Et comme dans le duo : « Oui, c'était bien du chambertin, » oui, c'était bien de la rhubarbe qui avait guéri mon ancienne cliente de tous ses maux.

Mais de la rhubarbe venue de Russie, et administrée par un médecin russe. Un médecin français, avec de la rhubarbe française, n'en aurait jamais fait autant.

Voilà donc un puissant moyen à insérer dans le formulaire spécial du traitement de l'hystérie à côté des pilules fulminantes, des granules de *micapanis* et des potions à l'*aqua fontana*.

C'est tout le pendant de ce procédé ingénieux, raconté par Simplissime, du médecin

Le tracé obtenu au moyen d'une poire appliquée dans la paume de la main donne une ligne peu tremblée et presque rectiligne dans la maladie de Basedow, tandis que, dans la paralysie générale et l'alcoolisme, le tracé pris dans les mêmes conditions est très saccadé et se compose d'une série de changements de direction multiples. M. Marie en conclut que, dans la maladie de Basedow, le tremblement des doigts est dû aux secousses des autres segments du membre supérieur, tandis que, dans ces autres affections, les muscles des doigts sont plus particulièrement atteints par le tremblement.

Quoi qu'il en soit de ces caractères, si minutieusement étudiés, et un peu bien délicats pour rendre des services en clinique, il n'en ressort pas moins, d'après M. Marie, que la présence isolée ou simultanée de l'exophthalmie et du goître n'est nullement nécessaire pour diagnostiquer la maladie de Basedow. Il faudrait penser à elle chaque fois que, chez un malade, on constate une tachycardie permanente et ce tremblement, sans augmentation notable de température. Enfin, il existe un certain nombre d'autres symptômes importants à prendre en considératipn, tels que la *diarrhée paroxystique sans coliques;* — les *sueurs généralisées ou localisées;* — l'*angine de poitrine;* — la *boulimie*; — l'*insomnie* avec *sensation de chaleur subjective;* — la *toux quinteuse* sans expectoration ni signes physiques; — enfin, certaines *manifestations cutanées,* taches pigmentaires, vitiligo, poussées d'urticaire, etc.

En ce qui concerne l'angine de poitrine qui s'est parfois montrée dans le goître exophthalmique, M. Henri Huchard (1), tout en la rangeant parmi les angines de poitrine d'origine nerveuse, et tout en admettant que la maladie de Basedow est une névrose générale, se demande si les accès angineux dans cette maladie sont vraiment d'origine centrale, et si l'interprétation pathogénique n'en doit pas être plutôt cherchée tantôt dans les dilatations du cœur subites et passagères, dans les accidents névralgiques ou les troubles vaso-moteurs, tantôt même dans les troubles gastro-intestinaux par suite de leur retentissement sur le muscle cardiaque.

M. Gilbert Ballet (2) a voulu surtout mettre en lumière quelques troubles,

(1) *Revue de médecine,* août 1883.
(2) *Revue de médecine,* avril 1883.

---

qui cachait avec soin sa qualité de docteur français pour exercer sous le couvert des diplômes les plus exotiques.

* * *

Cette histoire véridique m'a remis en mémoire quelques autres spécimens de la thérapeutique de l'hystérie.

Un des meilleurs agents contre les formes gastriques et vaporeuses de l'hystérie, c'est le vin de Champagne, mais à la condition expresse qu'il soit donné dans une tasse, et non dans un verre.

* * *

Je voyais encore ces jours-ci une ancienne hystérique qui a passé douze ans de sa vie dans tout le déchaînement de sa névrose, ne mangeant chaque jour que trois galettes de blé noir, et désolant sa famille par ses bizarreries.

Pour celle-là, ce ne fut pas un médecin russe qui en vint à bout, mais une religieuse, en lui annonçant tout simplement qu'elle allait mourir si elle continuait; et elle n'a pas continué.

* * *

Une autre avait fait également pendant quatre ans le désespoir de tous les siens; elle est de cette catégorie de malades dont on vous dit mystérieusement : « Elle a été folle avant son mariage. » Sa folie consistait tantôt à ne rien manger du tout, tantôt à dévorer du matin au soir; le tout agrémenté des perversions psychiques les plus déplorables.

les uns rares, d'autres plus communs, qui impliquent nécessairement un état morbide du système nerveux central, soit qu'on les fasse dépendre de la cause générale qui engendre le goître exophthalmique, soit qu'on les subordonne aux troubles de la circulation cérébrale consécutifs à l'hyperkinésie cardiaque.

Il s'agit tantôt de phénomènes d'*ordre convulsif* se rattachant au type épileptique ou épileptiforme, tantôt de manifestations d'*ordre paralytique* (hémiplégies, paraplégies) avec *troubles de la sensibilité.* — En outre, M. Ballet insiste sur les modifications de la sécrétion urinaire depuis longtemps signalées dans certains cas, mais plus fréquentes, paraît-il, qu'on ne le croyait : l'*albuminurie,* la *glycosurie,* la *polyurie* paraissent indiquer un trouble de l'innervation bulbo-protubérantielle. Déjà M. Panas avait défendu l'origine bulbo-protubérantielle du goître exophthalmique, et Filehne (d'Erlangen) a réussi à produire la triade de Basedow par des lésions expérimentales des corps restiformes.

M. Ballet se trouve amené à conclure que « la maladie de Graves ne semble être autre chose que l'une des modalités symptomatiques nombreuses par lesquelles se traduit la diathèse nerveuse, modalité symptomatique qui tantôt se présente à l'état isolé, tantôt se combine à d'autres manifestations (épilepsie, hystérie, chorée). Il y aurait lieu toutefois de se demander si certaines lésions bulbo-protubérantielles ne sont pas de nature à déterminer le complexus symptomatique de Basedow. Il en serait alors du complexus goître exophthalmique comme du complexus hémianesthésie, par exemple, qui, pour être le plus souvent l'une des manifestations banales de l'hystérie, traduit cependant dans quelques cas une altération matérielle localisée. »

III

Est-ce à dire que cette conclusion soit applicable à toutes les observations publiées sous le nom de goître exophthalmique? — Il semble difficile de l'admettre après la lecture de l'intéressante thèse de M. Henri Bénard (1), qui s'est appliqué à élucider la pathogénie de cette affection, et qui, après

(1) *Contribution à l'étude du goître exophthalmique,* 1882.

Mais la façon dont elle guérit n'est ni rare ni curieuse, et mérite à peine d'être rapportée; car ce fut simplement par les soins d'un homœopathe dont on chante aujourd'hui les louanges, et dont on fait valoir surtout ce trait de sagacité, d'avoir bien spécifié, en commençant le traitement, qu'il ne durerait pas moins d'une année entière.

C'est bien là, en effet, le plus fort globule, et le mieux administré, que l'homœopathe en question ait fait avaler à sa malade pendant toute la cure.

*
* *

Je confesserai enfin, sans l'ombre de modestie, que j'ai obtenu moi-même un succès inespéré chez une hystérique où avaient échoué jusqu'à des médecins américains.

Elle était de la classe des hystériques cardio-dyspnéiques, et se croyait naturellement *attaquée* de la poitrine et d'une maladie de cœur (palpitations, étouffements et toux hystériques).

En pareil cas, si rassuré que l'on soit d'avance sur le diagnostic, ausculter et percuter toujours longuement et scrupuleusement, ce qui se traduit par cet éloge : Il m'a *sondée* avec beaucoup d'attention.

Ayant donc sondé de cette seule façon, il fallut bien prendre la plume et rédiger une ordonnance contre laquelle le pharmacien enverrait quelque chose, comme dans *le Homard.*

Ce quelque chose était très sérieux et parfaitement indiqué; c'était de la liqueur de Fowler, avec les recommandations d'usage : cinq gouttes par jour, pas une de plus, médicament très actif, dangereux même, ne pas dépasser la dose, et même la diminuer, si une observation attentive des effets produits montrait qu'elle fût trop forte.

avoir passé en revue les nombreuses théories proposées pour l'expliquer, s'est arrêté à une solution éclectique.

Les théories pathogéniques relatives au goître exophthalmique se divisent en trois groupes.

Tantôt les symptômes du goître exophthalmique ont été expliqués par des THÉORIES CARDIO-VASCULAIRES.

Le *cœur* a été mis en cause notamment par Graves, par Stokes, qui incrimina la *dilatation de ses cavités*, par Luton, qui fit de l'*insuffisance tricuspide* l'origine des troubles vasculaires capables de produire les différentes formes du syndrome.

L'opinion qui voit dans l'*anémie* la cause de tous les accidents de la cachexie exophthalmique se réclame des noms de Basedow, Begbie, Beau et Bouillaud.

Tantôt le goître exophthalmique a été expliqué par des THÉORIES NERVEUSES.

Aux uns la paralysie du *pneumogastrique* (G. Sée), aux autres les lésions du *grand sympathique* (Trousseau) ont paru la clé des accidents.

Depuis que cette dernière explication a été ébranlée par M. Vulpian, c'est dans les centres nerveux supérieurs, *moelle ou bulbe*, que l'on cherche la cause des phénomènes observés, le système vaso-moteur n'étant que « l'instrument secondaire d'une impulsion plus élevée » (1).

Enfin M. Peter a cru pouvoir chercher dans le *cerveau* même le point de départ de la maladie, en s'appuyant sur les troubles psychiques qui, d'après M. Ball, se présentent tantôt sous la forme de mélancolie anxieuse, tantôt sous la forme d'agitation maniaque.

Mais s'il est vrai que, dans beaucoup de cas, le syndrome de Graves-Basedow puisse être considéré comme une névrose complexe, vaso-motrice, cérébro-bulbaire ou bulbo-protubérantielle, il n'en restera pas moins à tenir compte de cas dans lesquels l'ablation chirurgicale d'un goître a fait disparaître des symptômes de tachycardie, d'exophthalmie, et d'autres troubles nerveux (malaise, insomnie, changement du caractère), très ana-

(1) Rendu (travail inédit) cité dans la *Gazette hebdomadaire*, 1883, n° 32.

Le jour même, ma cliente se mettait en route et avait eu une journée pénible, son cœur étant tumultueux et sa poitrine haletante. C'est dans le wagon seulement qu'elle put prendre les cinq gouttes de liqueur de Fowler.

Mais quel merveilleux résultat! Dès ce jour et depuis, avec ces cinq uniques gouttes, disparition complète de tous les accidents; plus de dyspnée, plus de palpitations, et partant plus de phthisie ni de maladie de cœur.

*
* *

Et ainsi de suite, à l'infini. Car nos souvenirs à tous fourmillent de pareils exemples, à côté de ceux où nous perdons absolument notre latin; car on n'a pas toujours l'heureuse inspiration de faire venir de la rhubarbe de Russie, ou de s'assurer pour un an la propriété et l'exploitation du client.

Quel homme fort que celui qui fait ainsi un bail avec ses malades; cette prévision d'une année de traitement, voyez donc ce que cela dénote de clairvoyance, d'assiduité et de sages calculs, surtout de sages calculs!

Une excellente formule contre l'hystérie serait, je crois, la suivante:

R. Diplôme de Philadelphie, rhubarbe de Russie,
fumisterie, homœopathie, *ãã*. . . . . q. s.

F. s. a. et dorez la pilule.

Nos pharmaciens français, qui sont tellement tombés dans le commerce, auraient peut-être de la peine à réussir cette préparation; nul doute qu'elle ferait merveille entre les mains des pharmaciens russes, qui ont de si bonne rhubarbe.

LUBANSKI.

logues, sinon absolument semblables à ceux de la maladie de Basedow pure.

C'est à ces cas que convient, dit M. Bénard, la troisième grande théorie pathogénique, celle qui fait dépendre tous les symptômes de la COMPRESSION DES ORGANES DU COU PAR LE GOÎTRE.

La tumeur thyroïdienne peut agir alors, soit en produisant des lésions du grand sympathique, soit en altérant le pneumogastrique, ou en comprimant les veines jugulaires. En tout cas alors, la tumeur précède les autres symptômes, et, dans les faits cités par M. Bénard, les deux tumeurs extirpées par son maître, M. Tillaux, étaient des néoplasmes et différaient par conséquent du goître vasculaire qui caractérise en général la maladie de Basedow vraie.

Déjà M. Le Dentu avait admis un goître exophthalmique médical et un autre chirurgical; car la théorie de la compression ne saurait évidemment expliquer les cas de goître exophthalmique frustes, c'est-à-dire les cas frustes de maladie de Basedow sans goître.

On pourrait objecter à la théorie de la compression que des goîtres très volumineux peuvent exister sans produire la tachycardie, l'exophthalmie, etc.; mais sans doute la production de ces symptômes dépend beaucoup moins du volume de la tumeur que de ses connexions plus ou moins étroites avec les organes du cou, avec le paquet vasculo-nerveux.

EN RÉSUMÉ, nous croyons qu'à l'heure présente un triage doit être fait parmi les observations qui existent dans la science sous les noms de maladie de Basedow et de goître exophthalmique.

Les unes sont bien d'ordre médical : la triade y est plus ou moins complète, mais la présence isolée ou simultanée de l'exophthalmie et du goître n'est nullement nécessaire pour caractériser l'affection, à laquelle il convient de conserver le nom de *maladie de Graves-Basedow*, quelque opinion d'ailleurs qu'on se fasse sur sa nature.

Enfin, il existe des observations avérées, authentiques, de goître ou plutôt de tumeurs thyroïdiennes, accompagnées ou suivies du syndrome tachycardie, exophthalmie, etc., et dans lesquelles l'extirpation de la tumeur paraît pouvoir guérir ou amender les autres symptômes. N'est-ce pas à ces cas seuls que convient vraiment l'appellation de *goîtres exophthalmiques?*

Paul LE GENDRE.

BIBLIOTHÈQUE

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DU SULFATE DE CINCHONIDINE, Thèse inaugurale (22 mars 1883), par M. DOUVRELEUR.

Voici les conclusions de ce travail intéressant fait au laboratoire de l'Hôtel-Dieu (service de M. G. Sée) suivant les conseils de M. Bochefontaine.

I. La cinchonidine est toxique au même degré que le sulfate de quinine, c'est-à-dire que 2 centigrammes peuvent tuer une grenouille en vingt-quatre heures; 2 grammes tuent un lapin dans six heures environ et un chien au bout de deux heures.

II. Elle détermine chez les animaux supérieurs des phénomènes d'ivresse, caractérisés surtout par un affaiblissement considérable des membres postérieurs, et qui sont le résultat d'une action déprimante du système nerveux central.

III. Bientôt après surviennent des vomissements répétés et de la salivation. On retrouve la cinchonidine dans le mucus stomacal et dans la salive sous-maxillaire.

IV. L'affaiblissement va en augmentant et s'accompagne de convulsions et de tremblement convulsif.

V. On observe une accélération extrême de la respiration qui ne dure que quelques minutes et à laquelle succède un ralentissement considérable. La respiration se fait comme par saccades.

VI. Au début de son action, la cinchonidine accélère les mouvements du cœur et

augmente la pression sanguine intra-artérielle. La pression et le pouls reviennent à l'état normal, puis l'un et l'autre diminuent considérablement, surtout si la dose de substance est élevée. Il est remarquable que le pouls ralenti est devenu plus énergique.

On observe, en un mot, avec la cinchonidine, les modifications du pouls et de la pression sanguine constatées récemment par M. Bochefontaine avec la quinine.

Avec la cinchonidine, comme avec la quinine, les battements du cœur, le pouls, sont toujours réguliers. Dans aucune expérience, nous n'avons noté d'intermittence, d'arythmie, d'incoordination motrice, etc.

Lorsque les doses sont mortelles, le cœur se ralentit et la pression diminue progressivement.

VII. Les mouvements spontanés et réflexes vont s'affaiblissant graduellement et sont finalement abolis en même temps que les mouvements respiratoires.

VIII. Nous ne pensons pas, avec MM. Chirone et Curci, que la cinchonidine limite son action au système nerveux central encéphalique; nous croyons, d'après nos expériences, que cette action s'étend à la substance grise médullaire.

IX. Il convient de remarquer, au point de vue des applications pratiques de la cinchonidine, que cette substance, très soluble dans l'alcool, peut être administrée chez l'homme avec ce véhicule, dont les effets contribueraient à arrêter l'action convulsivante de ce médicament.

X. La solubilité de la cinchonidine dans l'alcool permettrait sans doute l'usage des injections hypodermiques de cette substance; en effet, nous n'avons pas observé d'abcès ou d'eschares qui, comme on le sait, sont le résultat habituel des injections sous-cutanées de quinine.

XI. L'action antithermique de la cinchonidine semble plus considérable que celle de la quinine. Chez le chien, la cinchonidine a donné au bout d'une heure et demie un abaissement de température de 2 degrés centigrades. Il convient encore de remarquer que l'alcool qui servirait de véhicule à la cinchonidine viendrait encore augmenter ces effets antithermiques; c'est ce que le médecin se propose si souvent dans la thérapeutique.

La variole a l'ile de la Réunion, par le docteur Mazaé Azéma.
Paris, 1883; Delahaye et Lecrosnier.

On n'a pas oublié la faveur avec laquelle fut naguère accueilli ce volume. Il est vraisemblable que sa deuxième édition obtiendra le même légitime succès. Les travaux de M. Mazaé Azéma sont de ceux qu'on a toujours profit à consulter. Il n'est donc pas téméraire de prédire à ce mémoire les faveurs de l'opinion médicale.

Le signalement clinique de la variole dans les pays tropicaux n'est pas celui de la variole classique de nos pays tempérés. D'origine exotique, cette maladie a été introduite à la Réunion à diverses reprises, et à chaque épidémie on a constaté que l'invasion avait habituellement lieu en septembre. Pendant l'hivernage, elle ne se développait guère, mais en avril il en était autrement. Les cas se multipliaient en juin, juillet et août, c'est-à-dire pendant les mois de l'hiver tropical. D'ailleurs, cette évolution correspond à la marche la maladie, telle que M. Besnier l'a étudiée à Paris (*Union Médicale,* 1870) et M. Moore en Suède.

Une autre influence, celle des races, a une grande importance pour le pronostic de la variole. Chez le Cafre et l'Africain, les hémorrhagies sont fréquentes. Il en est de même chez les insulaires de la Réunion, et la résorption purulente cause souvent la mort. L'Indien résiste mieux à la maladie, et malgré la confluence, elle a en général une terminaison heureuse comme chez l'Européen. Or, M. Mazaé Azéma attribue ces différences à la constitution hématologique des insulaires de la Réunion.

Un autre chapitre plein d'intérêt, est celui qui a pour but d'exposer les nombreuses observations de l'auteur sur *l'influence des pays chauds sur le virus vaccinal.* Or, à la Réunion, comme dans les autres contrées tropicales, le vaccin s'affaiblit rapidement. En pratiquant simultanément deux séries d'inoculations, l'une avec du virus vaccinal récent venant d'Europe, l'autre avec du vaccin humain recueilli dans la colonie, notre savant confrère a pu constater ce fait. Aussi les très nombreux succès qu'il a obtenus par la revaccination de sujets dont la première inoculation datait de plus de dix années, témoignent de la moindre durée des immunités conférées par le premier de ces virus.

De plus, autre fait qui méritait d'être vérifié et que M. Mazaé Azéma a observé: l'évolution vaccinale à la Réunion est plus hâtive que sous les climats tempérés. Chacune de ses périodes est plus précoce de vingt-quatre heures environ que les périodes observées en Europe.

D'ailleurs, les pages que l'auteur consacre à la vaccine sont d'autant plus intéressantes à lire qu'elles ont été inspirées par une grande expérience et une longue observation. Ne sait-on pas que M. Mazaé Azéma est le conservateur central de la vaccine dans l'île et un des organisateurs des réformes du service de la vaccine à la Réunion ? Ces titres sont la meilleure preuve de sa grande compétence dans la discussion de ces questions difficiles. Enfin, l'étude historique des épidémies varioliques de l'île depuis son occupation par les Européens, n'est pas la partie la moins intéressante de son œuvre. Il a fallu la patience d'un érudit et la passion de la vérité pour parcourir les archives de la colonie, pour y puiser de précieux documents et pour montrer la filiation, l'origine et l'étendue de chacune des épidémies qui y ont été importées depuis 1720 jusqu'en 1869.

Introduite le plus souvent de Madagascar, au temps de la traite des noirs, des Indes et de Zanzibar depuis l'immigration des travailleurs libres, la variole n'a jamais envahi la colonie quand les mesures prophylactiques étaient sévèrement établies et scrupuleusement observées. Chaque épidémie est donc la conséquence de ces regrettables infractions aux règlements sanitaires. N'est-ce pas là, après tant d'autres, un argument qui témoigne de l'efficacité des quarantaines contre l'importation des malades à contages ? A ce point de vue, bien que relatif à la variole seulement, ce livre possède un réel intérêt d'actualité, au moment où la prophylaxie quarantenaire est en discussion.

Le mémoire de M. Mazaé Azéma est de ceux qu'on lit avec satisfaction, qu'on consulte souvent après les avoir lus une première fois. Livre de haute observation clinique, de grande probité scientifique, il fait honneur à la fois et à M. Azéma et au corps médical si distingué de la colonie, dont l'auteur est une des plus éminentes personnalités. Aussi, malgré la distance, nous lui exprimons volontiers tous nos remerciements, parce qu'il signale aux médecins européens des faits cliniques dont ils ne sont pas témoins, et parce que la mère-patrie, aussi bien que la colonie elle-même, doit lui savoir gré de ses laborieux efforts.

Ch. Eloy.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Gosselin donne lecture d'une note sur la frigidité antiseptique des plaies.

Dans le travail que j'ai communiqué à l'Académie le 27 août, j'ai fait connaître un mode d'action particulier des substances employées dans les pansements antiseptiques, savoir l'arrêt de la circulation dans un certain nombre de capillaires, et j'en ai conclu que ces substances, en même temps qu'elles s'opposaient à la putréfaction du sang, modifiaient, par la coagulation des matières albumineuses à l'extérieur aussi bien qu'à l'intérieur des capillaires, l'état anatomique des solutions de continuité.

Quelles sont, pour la marche ultérieure des plaies, les conséquences physiologiques de ces modifications ?

Pour répondre à la question, j'ai besoin de jeter un coup d'œil rapide sur les phénomènes consécutifs aux deux variétés principales de grandes plaies que nous soumettons avec un avantage incontestable au pansement antiseptique : celles que, par nécessité ou volontairement, nous laissons ouvertes et pour la réparation desquelles nous attendons le suppuration, puis celles que nous fermons au moyen de la suture, et pour lesquelles nous désirons la réunion dite immédiate.

1° *Plaies ouvertes.* — A l'époque où nous ne nous servions pas des antiseptiques et où nous ne faisions guère que des pansements protecteurs, nous constations sur ces plaies, avant l'établissement de la suppuration, un gonflement chaud, rouge et douloureux de leurs bords, une mortification plus ou moins considérable de leur surface, un suintement sanguinolent plus ou moins fétide, plus tard une couche membraneuse rouge et granuleuse, puis le retrait et le dessèchement progressif de cette couche. Nous admettions, avec ces phénomènes appréciables par nos sens, la production de phénomènes intimes, plus difficiles à observer, qui consistaient en une hyperhémie de toute la plaie par agrandissement de ses capillaires primitifs, formation de capillaires nouveaux, et création, aux dépens tant de ces vaisseaux que de la lymphe coagulable et des cellules embryonnaires, de la membrane granuleuse pourvue de la fonction pyogénique. Nous avions un mot, celui d'*inflammation*, pour expliquer l'ensemble de ces phénomènes, nous disions que, dans les cas favorables, l'inflammation restait modérée et suffisait pour amener la réparation, sans autre accident morbide ; que dans les cas moins heureux,

elle dépassait les limites nécessaires et engendrait les complications connues sous le nom de *fièvre traumatique, érysipèle, infection purulente.*

Aujourd'hui nous appliquons sur ces plaies des linges, de la charpie ou du coton, imbibés d'une substance antiseptique plus ou moins forte (acide phénique au 1/20e ou au 1/40e, alcool à 86° pur ou étendu d'eau, eau-de-vie camphrée ou toute autre), et voici ce qui nous frappe: pas de rougeur, de chaleur, de gonflement ni de mauvaise odeur; en revanche, apparition lente de la membrane pyogénique et durée très longue de la cicatrisation. Quant aux phénomènes intimes, nous ne pouvons les observer mieux que dans le cas précédent: nous savons que des coagulations se sont faites à la surface de la plaie et dans quelques-uns de ses capillaires, nous soupçonnons avec raison que, pour l'établissement tardif de la membrane granuleuse, des capillaires nouveaux ont dû se produire aux dépens de la lymphe plastique et de la prolifération cellulaire. Bref, ce sont les mêmes phénomènes que tout à l'heure; seulement ils sont arrivés plus tardivement, et le processus qui leur a donné naissance, au lieu d'être chaud et rapide, a été si froid et si lent que c'est à peine si nous pouvons lui donner encore le titre d'*inflammatoire*. Nous avons quelquefois exprimé le résultat en disant que ces substances avaient un effet antiphlogistique. Mais je voudrais un mot plus significatif pour indiquer cette grande lenteur de réparation donnée par les antiseptiques aux plaies ouvertes; en attendant mieux, je propose celui de *frigidité*, et je dis que ces médicaments produisent à froid les phénomènes de la cicatrisation, tandis qu'avant leur emploi tout se faisait à chaud.

Et maintenant comment expliquer cette frigidité si remarquable? Pour ceux qui, avec Lister et ses partisans, n'ont vu dans les antiseptiques qu'un moyen de supprimer la putréfaction, la réponse, sans être très péremptoire, a été à peu près celle-ci: la putréfaction et l'irritation amenées par le contact de ses produits sur la plaie sont les causes de l'inflammation vive. En supprimant la première, on atténue la seconde.

Cette théorie ne me suffit pas. D'abord à l'époque où je ne me servais pas des antiseptiques, la plaie, surtout quand elle était superficielle, restait souvent non putride, et, cependant les phénomènes de la réparation étaient amenés par une inflammation bien prononcée et se succédaient assez rapidement. D'ailleurs le pus et la membrane granuleuse se produisent souvent dans l'organisme sans intervention de la putréfaction, et quand une plaie doit guérir après suppuration, nos tissus ont une aptitude particulière à la production de ce travail morbide, sans qu'ils aient besoin d'y être aidés par le contact de matériaux putréfiés.

Lorsque je vois cette aptitude modifiée, ralentie surtout après le contact de certains médicaments, je ne puis me défendre de croire, surtout quand je vois, au préalable, des modifications anatomiques intervenir, que ce contact a amené dans la vitalité des tissus certains changements qui expliquent par eux-mêmes les phénomènes produits. Quoique je ne puisse dire rigoureusement par quel mécanisme la coagulation des matières albumineuses et l'oblitération immédiate de quelques capillaires diminuent l'intensité du processus inflammatoire, je ne puis m'empêcher cependant de voir une relation entre ces deux choses, et d'expliquer la frigidité par les changements moléculaires et physiologiques dus à l'antiseptique.

A suivre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

ADDITION A LA SÉANCE DU 4 SEPTEMBRE

M. Jules GUÉRIN dépose sur le bureau plusieurs documents émanant des autorités médicales d'Egypte.

Ce sont des rapports sur l'épidémie de choléra qui vient de ravager la vallée du Nil. On connaît l'opinion des médecins anglais; la maladie est bien le choléra indien; mais elle s'est développée spontanément dans le Delta du Nil comme elle se développa dans le Delda du Gange. L'épidémie n'a pas été importée de l'Inde, comme on l'a prétendu. Le bateau le *Timor*, venu de Bombay dans le canal de Suez, est arrivé avec une patente nette. Dans une traversée de vingt jours, il n'avait eu à bord aucun cas de choléra. Néanmoins, il a été envoyé en quarantaine aux sources de Moïse. C'est donc faussement que le *Timor* a été incriminé.

Faussement aussi, on a prétendu qu'un chauffeur de ce bateau a importé le choléra à Damiette. C'est le 3 juin que le choléra a fait sa première apparition dans cette ville; c'est le 24 juin que le chauffeur y est arrivé, à la suite d'un voyage par terre.

M. Jules Guérin cite parmi les documents qu'il dépose sur le bureau le rapport du

général Hunter qui conclut en affirmant que l'épidémie est née sur place, et le travail d'un médecin qui, après avoir cru à l'importation du choléra, se déclare converti à la doctrine de la genèse spontanée de l'épidémie d'Egypte.

FORMULAIRE

Clous fumants contre les moustiques. — Munch.

Nitrate de potasse pulv.	30	grammes.
Acide phénique.	20	—
Poudre insecticide.	125	—
Poudre de charbon.	250	—
Gomme adragante, q. s.		

F. s. a. des clous du poids de 8 grammes. — N. G.

Traitement du traumatisme de l'ongle. — Humbert.

On plonge le doigt dans l'eau fraîche, au moment de l'accident; puis on l'entoure de compresses imbibées d'eau alcoolique, d'eau phéniquée, d'eau blanche, auxquelles on ajoute du laudanum dans le cas de douleurs très vives. Si l'ongle est partiellement décollé, on doit se garder d'en faire l'ablation. On agit de même, quand l'épanchement sanguin, si considérable qu'il soit, ne communique pas avec l'air extérieur, ne fût-il protégé que par la mince pellicule épidermique qui borde le repli sus-unguéal. On a vu en effet, dans des cas semblables, le sang se résorber sans aucune complication. Pour les grands délabrements de l'appareil unguéal qui ne sont le plus souvent qu'une complication de l'écrasement des doigts, il y a lieu de recourir au pansement par occlusion.

N. G.

Mixture contre l'inappétence des femmes enceintes. — Forwood.

Racine de colombo pulv., racine de gingembre pulv., *āā*.	15	grammes.
Feuilles de séné	4	—
Eau bouillante	475	—

Faites infuser. — Un petit verre avant chaque repas, dans le but de remédier au dégoût pour les aliments qui s'observe souvent chez les femmes enceintes. — N. G.

Looch expectorant. — Widerhofer.

Looch huileux.	100	grammes.
Hydrolat de laurier cerise	20	*gouttes.*
Sirop d'ipéca	10	grammes.

Mêlez. — Une cuillerée à café, de 2 en 2 heures, aux enfants atteints de bronchite ou broncho-pneumonie peu graves. — N. G.

COURRIER

Concours. — Un concours s'ouvrira, le mardi 4 décembre 1883, pour la nomination à trois places de médecins-adjoints des hospices civils de la ville de Bordeaux.

— M. Ducom, ancien pharmacien de l'hôpital Lariboisière, est nommé pharmacien honoraire des hôpitaux de Paris.

Nécrologie.—On annonce la mort du docteur Cipière, vice-président du conseil général du Lot.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Traitement de certaines complications de la fièvre typhoïde par les bains froids.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 8 juin 1883,

Par M. du Cazal, agrégé au Val-de-Grâce.

Avant de parler du traitement de certaines complications de la fièvre typhoïde par les bains froids, je dirai que la manière dont j'ai employé l'eau froide n'a rien à faire avec cet emploi par la méthode de Brand, celle-ci n'étant qu'une application spéciale d'une méthode générale susceptible de se prêter à bien des modifications.

A priori je ne suis pas disposé à me montrer partisan de la méthode de Brand parce que je me range à l'avis de ceux qui, en clinique, sont ennemis de toute médication systématique, mais je n'en parlerai pas parce que la supériorité de cette méthode ne peut être établie, comme on cherche à le faire, par la comparaison de statistiques, qui, comme on l'a très bien établi à l'Académie, ne sont pas comparables entre elles ; de deux choses l'une, en effet : où vous employez l'eau froide lorsque le diagnostic est confirmé, c'est-à-dire de quatre à huit jours après le début de la maladie, et alors vous ne faites plus usage de la méthode de Brand, ou vous l'employez dès le jour où le malade se plaint, dès le jour où le mal fait son invasion et où vous soupçonnez que ce mal peut être une fièvre typhoïde, et alors vous faites entrer dans votre statistique nombre d'affections bénignes qui ne figureront pas sur celles des médecins qui attendent que la maladie soit confirmée pour poser un diagnostic et pour intervenir. Dans le premier cas les partisans de Brand peuvent prétendre qu'ils guérissent plus de fièvres typhoïdes que par les autres méthodes ; mais les

FEUILLETON

Le premier Congrès des médecins grecs à Athènes.

La date du 14 avril 1882 est de celles qui marqueront dans l'histoire de la restauration de la médecine grecque. A l'appel de la Société médicale d'Athènes, à laquelle revient l'honneur de cette heureuse initiative, cent cinquante médecins s'étaient réunis pour la célébration de cette fête du réveil de l'activité scientifique, dont l'illustre cité de l'Attique est devenu le foyer. Parmi les membres de ce Congrès, les uns venaient de la Péninsule, d'autres de Constantinople ou des îles de l'Archipel, d'autres encore, habitants de la Turquie, de la Syrie ou de l'Égypte, avaient sans hésitation quitté leur résidence, pour s'associer à la généreuse pensée des organisateurs du corps médical d'Athènes.

C'est à notre estimé confrère, le docteur Stékoulis, dont on a souvent admiré l'infatigable et laborieuse ardeur au Conseil sanitaire international, qu'on a confié la rédaction et la publication des comptes rendus du Congrès ; la multiplicité des communications et leur diversité rendaient cette œuvre ardue, mais nul mieux que lui ne pouvait colliger, classer et éditer cette intéressante collection de documents scientifiques (1).

Le discours d'ouverture de M. Anagnostakis, l'ophthalmologiste si distingué d'Athènes, avait bien indiqué les intentions libérales et l'esprit réellement pratique des promoteurs de ce Congrès : « l'obole de chacun, disait-il, doit y être reçue dans l'intention de con-

(1) *Compte rendu des séances du premier Congrès des médecins grecs*, par M. le docteur Stékoulis. Constantinople, 1883 ; de Castro.

partisans de ces autres méthodes useront, avouons-le, d'un droit légitime, en répondant que ces succès ne sont qu'apparents, dus qu'ils sont aux éléments étrangers à la fièvre typhoïde qui figurent dans les statistiques.

C'est, dès lors, une discussion frappée d'avance de stérilité, par la manière même dont elle est posée.

En tous cas, il ne faut pas confondre la méthode de Brand avec l'usage des bains froids que je n'ai employé pour ma part que *dans le cours* de la fièvre typhoïde et pour répondre à certaines indications.

Je ne crois pas non plus qu'il faille prendre l'usage des bains froids comme synonyme de méthode de réfrigération. La réfrigération lente et continue de l'organisme, par l'appareil de M. Dumontpallier par exemple, n'a pas du tout la même action que celle qu'on obtient par le bain froid; avec celui-ci, l'abaissement de la température, bien qu'il puisse être considérable, est pour ainsi dire l'accessoire; le coup brutal porté à l'innervation générale, voilà l'action principale. Et c'est surtout en raison de cette action sur le système nerveux, et par l'intermédiaire de celui-ci que l'emploi des bains froids répond mieux que tout autre moyen aux complications que j'ai en vue et qui sont au nombre de trois :

1° *La bronchite.* C'est celle peut-être dans laquelle l'emploi des bains froids m'a donné les résultats les plus inespérés. Je pense, ou plutôt je partage l'avis de ceux qui pensent que la bronchite de la dothiénentérie est une bronchite paralytique, dont la genèse et la pathogénie n'ont rien à voir avec la bronchite *a frigore*; qu'elle asphyxie les malades par suite de l'accumulation dans les bronches de produits de sécrétion dont celles-ci ne peuvent se débarrasser par suite de la paralysie des muscles de Reissessen, peut-être aussi de celle des muscles pectoraux et diaphragmatiques.

C'est sans doute, du moins je le suppose, en remédiant à cette paralysie par suite d'une action stimulante sur les nerfs cutanés que les bains agissent en pareil cas. Le fait est qu'après le bain, la cyanose diminue, le malade respire mieux; il tousse et se débarrasse de ce qui encombrait ses bronches et l'asphyxiait.

J'ai, comme tout le monde, perdu des malades de pneumonie; pas une fois je n'ai observé cette complication sur ceux de mes malades qui ont été soumis aux bains froids, ce qui prouve, tout au moins, que de nouvelles observations sont nécessaires sur ce point.

« tribuer au but commun du progrès. » Ces paroles ont été entendues, les oboles ont été nombreuses, et, dans les principales branches de l'art médical, chirurgie, hygiène, médecine publique, anatomie, clinique, médecine légale, le rapport de M. Stékoulis en témoigne, cette obole de la médecine grecque a été l'obole du riche !

Voici l'hygiène et la médecine publique : M. Vamvas expose les *conditions de l'hygiène publique en Grèce,* MM. Valassopoulos et Rhizopoulos, les *conditions géographiques et nosologiques de la Laconie et de l'éparchie de Phthiotide*, et M. Pissias, ses observations sur les *maladies régnantes* en Egypte.

Ces renseignements ont un intérêt d'autant plus grand que les épidémies et les endémies sont fréquentes sur les rivages orientaux de la Méditerranée, que la répartition géographique des maladies y est différente et qu'on y observe des maladies rares ou absentes dans d'autres contrées. La lèpre existe encore dans les îles de l'Archipel et en Grèce ; de là, les communications de M. Varoucka sur les *mesures sanitaires contre cette maladie,* de M. Jaramitzos sur la *lèpre anesthésique*, de M. Albanakis sur la *création de léproseries*, si nécessaires pour soustraire les malheureux lépreux à la haine de leurs concitoyens et les soigner efficacement.

Une autre affection, le paludisme, ravage encore ces contrées et fournit au médecin une abondante moisson de faits cliniques. Ce Congrès en a été la preuve nouvelle, et on y a entendu lire des notes de MM. Caramitzos, Grégorakis, Friantis sur les *fièvres intermittentes* et pernicieuses d'Athènes, de M. Phrantois sur la fièvre *ictéroïde hématurique* qui, d'après l'opinion justifiée de Pellarin, est une forme de la fièvre pernicieuse.

L'épidémie de fièvre typhoïde à Athènes en 1881 a été l'occasion de discussions animées et des lectures de MM. Hadjamichalis, Vaphas, Pappazissis et Coulouris, ainsi que

2° L'*ataxie*, que celle-ci s'accompagne ou non d'une élévation considérable de la température. C'est encore dans ces formes que les bains froids produisent des effets remarquables, en ce sens que, du jour au lendemain, du matin au soir, on peut voir disparaître le délire et l'agitation; qu'à une nuit sans sommeil peut succéder une nuit calme et tranquille. Quelquefois, à vrai dire, ce résultat se fait attendre plus longtemps.

Le malade du tracé n° 1 est un exemple de cette ténacité; le délire et l'agitation nocturne ne cessèrent que le septième jour de son entrée. Le malade du tracé n° 2, tranquille à son arrivée à l'hôpital, eut au contraire une nuit des plus agitées deux jours après son entrée, et la température, qui n'avait fait que monter, était le soir du troisième jour de 41°. Ce jour même il prit trois bains, et la nuit suivante fut parfaitement calme.

Habituellement, la cessation du délire et de l'agitation coïncide avec un abaissement de température. Mais les deux phénomènes ne sont pas toujours parallèles. Je n'ai jamais vu disparaître le délire sans un abaissement de la température; mais j'ai vu la température s'abaisser sans que le délire cessât.

3° L'*hyperthermie* : j'entends dire souvent que l'hyperthermie n'est pas toujours dangereuse, et qu'on s'en effraie à tort. C'est possible, mais cette doctrine est tellement contraire à celle dont m'a nourri à Strasbourg mon maître, le professeur Hirtz, que je ne puis m'empêcher de considérer l'élévation de la température comme dangereuse par elle-même et de la combattre comme une complication. Encore faut-il définir à quel moment il y a hyperthermie dans la dothiénentérie. Eh bien, pour moi, je cherche à abaisser la température quand elle dépasse 40°, ou encore quand, sans atteindre ce chiffre, elle se maintient matin et soir à peu près au même niveau.

Or pour lutter contre l'hyperthermie, pour abaisser la température d'une manière constante et surtout pour ramener les oscillations, je ne connais pas de moyen plus héroïque et je n'en connais surtout pas de plus rapide que le bain froid. (Tracés 3, 4 et 5.)

Pour obtenir ce résultat, disais-je, je ne connais pas de moyen plus héroïque que le bain froid, mais j'en connais un aussi héroïque, c'est la digitale qui a pourtant, sur le premier, cette infériorité, de demander au moins trois jours, et souvent cinq, pour que son action se manifeste. En revanche,

---

d'un mémoire clinique de M. Makkos sur la *courbature prodromique* de cette maladie. De là encore les communications de M. Meliotis sur les *rapports de l'hygiène militaire avec l'hygiène publique*, et de M. Œconomopoulos sur la valeur des *indications thermométriques pour le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies fébriles*.

Mais la dothiénentérie est une maladie vulgaire, son étude a été faite et bien faite par les médecins d'Occident. Il n'en est pas de même de quelques autres affections dont il a été question à ce Congrès. La fréquence des relations commerciales avec l'Orient rend leur connaissance indispensable. C'est ainsi que l'invasion de la *dengue*, maladie nouvelle en Grèce, a été signalée par M. Pappalexipoulos; le *bouton de Crète*, analogue, sinon semblable au bouton d'Alep, a été étudié par M. Zachariades; le *franaki*, maladie des enfants d'Hydra, a fait l'objet d'une lecture de M. Xanthos; enfin, le *spyrocolon*, endémie de nature probablement syphilitique, a été décrit par M. Albanakis. Ce sont là des travaux qui montrent bien le caractère parfois tout spécial de la nosographie médicale de la Grèce, pays intermédiaire entre l'Orient et l'Occident, aussi bien par ses maladies que par sa situation géographique.

Il existe des maladies épidémiques anciennes dans ces pays, telle que la variole, qui a fait l'objet des notes cliniques de MM. Hadjimachalis et Pappaiomannon; il en est d'autres dont l'acclimatation est toute récente, la *diphthérie* est de ce nombre; et M. Lattris, qui a été témoin de son introduction à Smyrne en 1865, a donné d'intéressants détails sur son évolution et son traitement en Asie-Mineure.

Un autre mémoire, celui de M. Stékoulis, établit une fois de plus l'influence des *pèlerinages de la Mecque sur la marche du choléra*, l'origine indienne des épidémies de l'Hedjaz, et l'importance des sages mesures prophylactiques dont le conseil sanitaire

cette action, une fois produite, se prolonge beaucoup plus longtemps. (Tracé n° 6.) J'ai vu les intermittences cardiaques déterminées par la digitale persister dix et douze jours après la cessation du médicament. La digitale procure aux malades un sentiment de bien-être indéfinissable, mais il faut bien reconnaître que pour obtenir les effets dont je parle, c'est-à-dire des effets comparables à ceux qu'on obtient avec le bain froid, il faut l'administrer à des doses qui en rendent l'emploi très dangereux dans une maladie où la mort subite par syncope s'observe fréquemment.

Mais il faut bien avouer que dans certains cas, très rares à la vérité, chacun de ces deux moyens, ou même leur réunion, est impuissant à obtenir le résultat cherché. Vous pouvez voir sur la courbe n° 7 la température osciller entre 40° et 41° du quatorzième jour de la maladie, qui est celui où le malade entra à l'hôpital, jusqu'au vingt-cinquième jour, où elle serait peut-être tombée naturellement; et cela malgré l'administration de trois bains froids par jour et d'une potion avec une infusion de poudre de digitale à la dose considérable de 1 gr. 50.

Enfin, messieurs, il est des cas, et malheureusement chacun en possède des observations par devers soi, où la maladie revêt dès le début un tel caractère de gravité que le malade est voué dès le premier jour à une mort certaine.

De quelques troubles du système nerveux chez les enfants;

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 12 mai 1883,

Par le docteur J. Dubrisay.

Messieurs,

Sous ce titre un peu vague, je désire vous entretenir de deux faits cliniques que j'ai observés dernièrement et sur lesquels je serais heureux de connaître l'opinion de mes collègues.

L'un a trait à une fille de 11 ans qui, à la suite de l'expulsion d'un ténia, a présenté des phénomènes bizarres de gastralgie et de névralgie intercostale.

L'autre, à un jeune homme de 16 ans qui a été subitement atteint pendant

---

international a la haute surveillance. Les conclusions de M. Stékoulis ont donc un grand intérêt d'actualité; d'ailleurs, absolument établies sur des faits bien observés, elles sont de celles qu'on ne peut pas infirmer.

La pathologie infantile et la neuropathologie ont été l'objet de communications moins nombreuses, néanmoins elles ne sont pas négligées par les médecins grecs : témoins les communications de MM. Zinnis *sur le rôle de la dentition dans la pathologie infantile*; Zochios, sur une *forme de gangrène d'origine nerveuse;* Stathakopoulos, sur l'*agoraphobie;* Orlandos, sur l'*hémianesthésie* et l'*hémiplégie hystériques;* signalons encore, en matière médicale et en thérapeutique, les notes de M. Nicolaidès sur l'*ergotine*, de M. Chrysopathis *sur le pansement par le coton*, de M. Zambaco sur la *morphine et le morphinisme*, travail publié depuis en France et dont le mérite a été équitablement apprécié, de M. Pappalexipoulos sur les *eaux d'Adros* et de M. Lattriss sur les *principales eaux minérales de la péninsule Ionienne*. Ces eaux minérales sont puissantes, elles étaient célèbres dans l'antiquité, et maintenant que M. Lattriss en a fait connaître la composition chimique,elles seront mieux utilisées par les médecins jusqu'ici mal renseignés sur leur valeur et leurs indications.

Un seul mémoire de syphiliographie, sur le *traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de sublimé*, montre bien, selon la remarque de M. Rossolymos, son auteur, que cette maladie est assez rare dans la Péninsule. D'ailleurs, elle y guérit souvent spontanément, et, à l'hôpital d'Athènes, sur cent syphilitiques, on compte seulement trois malades en puissance d'accidents tertiaires.

Les lectures de M. Ziffo *sur l'intervention obstétricale dans les accouchements lents*, et sur les *avortements criminels* à Constantinople, intéressaient les accoucheurs aussi bien que

trois jours de délire non fébrile, sur l'origine et les suites duquel je suis loin d'être fixé et rassuré.

La petite fille de 11 ans est une belle enfant bien conformée chez laquelle, à l'automne dernier, on avait constaté l'existence d'un ténia. Par une singulière coïncidence, la sœur, âgée de 9 ans, également forte et bien portante, avait aussi le ténia. Chez les deux sœurs, la présence de ce parasite n'avait donné lieu à aucun trouble dans la santé.

Après plusieurs tentatives infructueuses, les deux enfants expulsèrent, au mois d'octobre, une quantité considérable d'anneaux et, pour la fille de 11 ans, le sujet de notre observation, le médecin lui-même constata la présence de la tête ; il la déclara donc débarrassée et guérie. Pour l'enfant de 9 ans, on ne trouva pas la tête de l'animal, et, aujourd'hui encore, elle rend de temps en temps des anneaux de ténia ; malgré cela, elle est dans un parfait état de santé ; il en a été tout autrement de sa sœur aînée.

Quelque temps après l'expulsion du parasite, cette jeune fille commença à éprouver des crises subites de douleur très vive dans le creux de l'estomac au niveau de l'extrémité inférieure du sternum. Ces crises, qui, après plusieurs mois, persistaient encore et au sujet desquelles je fus appelé par la famille, avaient un tel retentissement sur tout l'organisme, que l'enfant pâlissait, blémissait et ne pouvait rester debout. Elle tombait sur un fauteuil ou sur un canapé, se courbait en deux et se tordait convulsivement comme le ferait une personne atteinte de violente colique hépathique. Parfois elle était prise de frissons et de refroidissement général. La crise persistait pendant 10 minutes et cessait ensuite complètement ; il ne restait plus qu'une sensation de fatigue. A certains jours, cette crise s'est reproduite plusieurs fois dans la même journée ; elle a aussi disparu pendant plusieurs jours, pour se produire ensuite plus ou moins intense. Elle ne s'accompagnait du reste d'aucun trouble général dans la santé, sauf d'inappétence. L'enfant, qui attribuait à tort ses douleurs à la présence des aliments dans l'estomac, est parfois restée jusqu'à 24 heures saus vouloir rien manger.

A la suite d'un premier examen, en dépit du récit de la mère, je crus d'abord à la persistance du ténia et je fis prendre à la malade successivement de la décoction de grenadier et 15 centigrammes de pelletiérine.

Aucune portion de ver ne fut expulsée; d'ailleurs, à une troisième visite,

---

les médecins légistes. Ces avortements sont tellement fréquents dans cette ville, qu'en dix mois une commission officielle d'enquête en a noté 3,000 cas!

En pathologie chirurgicale, en ophthalmologie, en anatomie microscopique, il y aurait encore de nombreuses communications à signaler; telles sont celles de MM. Anagnostakis, Monginos, Convelos, Costomyris, Caterinopoulos, Zalonis, etc., etc. Dans son étude de la *structure du cylindre-axe des nerfs*, M. Chassotes établit que les fibres à myéline ne sont qu'une série de cellules dont le cylindre axe constitue le protoplasma ; protoplasma jouant un rôle majeur au point de vue morphologique et physiologique.

Les recherches de science pure ne sont donc pas en moindre honneur auprès de nos confrères hellènes que les travaux de médecine pratique. N'est-ce pas là une autre preuve de cette renaissance de la médecine grecque à laquelle nous assistons depuis quelques années, et dont le Congrès d'Athènes aura été une si éclatante manifestation. En se séparant, dans le but de continuer leur œuvre, les membres du Congrès ont pris rendez-vous à Constantinople.

Pour notre part, nous rendons volontiers hommage aux patriotiques efforts de la Société de médecine d'Athènes; sur les rives du Bosphore, comme au pied de l'Acropole, nos sympathies sont acquises à de telles œuvres, et par les résultats heureux de la première tentative, nous augurons d'un grand succès pour les Congrès ultérieurs.

Ch. Eloy.

l'enfant, pressée de questions, ne plaça plus le siège de la douleur au niveau du sternum; elle signala deux autres points: l'un au-dessous du mamelon dans le cinquième espace intercostal, et le deuxième en arrière sur le côté gauche de la colonne vertébrale, au niveau du onzième trou vertébral. Abandonnant l'idée d'une douleur stomacale, je me tournai vers l'hypothèse d'une névralgie intercostale et je prescrivis des sinapismes sur les points douloureux, du sulfate de quinine le matin, du bromure de potassium le soir, et en quelques jours j'avais obtenu une très notable amélioration. La médication fut suspendue trop tôt; survint une rechute, mais la reprise des mêmes moyens, plus sévèrement appliqués, semble avoir triomphé aujourd'hui de cette affection rebelle.

S'est-il bien agi, dans le cas actuel, d'une névralgie intercostale ? Je crois pouvoir l'affirmer. Y a-t-il eu, par rapport au ténia, un fait de simple coïncidence? Y a-t-il eu, au contraire, un rapport de cause à effet? La question me paraît être difficile à trancher. L'enfant, fort développée pour son âge, au point de vue de la puberté, ne présente aucun des signes de perversité que l'on constate souvent chez les jeunes filles de 11 ans, et qui semblent une pierre d'attente pour les divers accidents nerveux si habituels chez les jeunes sujets. Je croirais plutôt à une simple coïncidence, à une névralgie intercostale survenue peut-être à la suite d'un refroidissement.

Le second fait a trait à un garçon de 16 ans, élève de rhétorique au lycée Louis-le-Grand. Le lundi matin 16 avril, j'étais appelé auprès de ce jeune homme qui, depuis la veille au soir, était dans le délire. La veille, il avait déjeuné avec ses parents et quelques amis, et à deux heures il était parti se promener en famille; il était rentré sur les six heures, se plaignant d'un violent mal de tête. Au lieu de se mettre à table, il s'était couché et avait été pris de vomissements. A huit heures, il commença à délirer et continua toute la nuit sans vomir de nouveau et sans dormir un seul instant. Il se retournait sans cesse dans son lit, parlait de ses devoirs de collège, d'une carte géographique qu'il avait à dessiner, d'une composition de géographie qui devait avoir lieu deux jours plus tard. Il répétait les conversations qu'il avait eues dans la journée avec les hôtes de ses parents, récitait du grec, du latin, du français. Il entremêlait le tout sans suivre aucun ordre, sans écouter ce qu'on lui répondait, sans prêter la moindre attention à ce qui se passait ou se disait autour de lui.

Au moment de mon arrivée, le lundi, à sept heures et demie du matin, l'agitation était la même qu'elle avait été pendant la nuit; le malade me reconnut cependant; il me tendit la main et prononça mon nom, mais tout de suite il retomba dans le délire et l'agitation, se jetant brusquement d'un coin du lit dans un autre, prononçant rapidement des mots isolés ou des lambeaux de phrases incohérentes.

La température était à 37°; le pouls à 64; il n'avait aucune douleur; il se levait pour uriner et se tenait bien sur ses jambes, puis de lui-même il rentrait dans son lit. La lumière artificielle, la lumière du jour, lui causaient une sensation désagréable. Si on ouvrait un rideau ou si on apportait une bougie, il se cachait les yeux et se retournait violemment du côté opposé.

Aussi bien la sensibilité cutanée paraissait être à un haut degré exagérée sur tout le corps : le plus léger attouchement sur les jambes, les pieds, les cuisses, déterminait de véritables convulsions et des cris de fureur. Ni le premier jour, ni les jours suivants, je ne découvris la trace d'aucune hallucination.

Je prescrivis du bouillon pour nourriture et pour boisson, 6 grammes de bromure dans une potion de 120 grammes à prendre d'heure en heure, et le repos absolu dans l'obscurité.

A deux heures de l'après-midi, il s'était produit une légère amélioration.

En s'adressant avec autorité au malade, on fixait pour un instant son attention; il percevait le son et le sens du mot qu'on lui adressait; mais ce n'était qu'un éclair, et il retombait dans son bavardage incessant et inconscient.

Plusieurs fois depuis le matin, une fois encore devant moi, il avait prononcé le nom d'un prêtre qui est son directeur, et qui par sa haute situation et son caractère énergique doit exercer sur ce jeune homme, d'ailleurs très pieux, une grand influence. Je conseillai au père d'appeler pour un instant cet ecclésiastique, et le soir à onze heures et demie, à ma troisième visite, j'appris que durant un entretien de quelques minutes avec son confesseur, le jeune malade avait retrouvé la raison. Toutefois, le soir même, il ne se rappelait rien, et, depuis lors, il ne s'est jamais souvenu de cette visite. Il était un peu moins agité que le matin; il parlait moins, mais il n'avait pas la moindre tendance au sommeil. Depuis quarante heures, il n'avait pas dormi. La température était à 36,9; le pouls à 60. Je prescrivis de continuer le lait et de faire prendre en trois fois, à un quart d'heure d'intervalle, une potion de 120 grammes contenant 3 grammes de bromure de potassium et 3 grammes d'hydrate de chloral.

Les deux tiers de la potion furent seuls administrés, et le malade dormit toute la nuit.

Le lendemain matin 17, à sept heures et demie, il dormait encore. Je prescrivis, pour le moment de son réveil, 16 grammes d'huile de ricin en six capsules et la continuation du lait.

Vers midi, à ma seconde visite, la purgation avait déjà produit de l'effet. La température était à 36,8; le pouls à 52, mais parfaitement régulier. L'agitation avait sensiblement diminué; le malade parlait moins, mais il était encore impossible de fixer son attention d'une manière durable. Lui adresser la parole, le toucher sur une partie quelconque du corps, approcher une lumière, le faisait retomber dans le délire et l'agitation. Il revenait encore à sa carte de géographie, à ses récitations de grec et de latin.

Je prescrivis trois cuillerées à soupe de l'élixir polybromuré d'Yvon et la continuation du lait. Le soir, l'amélioration était très sensible. Il avait eu dans la journée une visite de l'un de ses professeurs, avec lequel il avait, pendant quelques minutes, causé raisonnablement. La température était à 37°, le pouls à 48, toujours régulier. La nuit fut bonne; le malade dormit sans potion, et, le lendemain matin mercredi, il paraissait être rentré en possession de lui-même. La température était à 37°, le pouls était remonté à 60. Toutefois, une nouvelle exploration de la sensibilité cutanée ramena pour quelques heures une période d'agitation. Ce fut la dernière, et le mercredi soir le malade était revenu à son état normal.

Les jours suivants, la guérison persista. Pendant deux ou trois jours seulement, la sensibilité morale était encore exagérée; ce jeune homme, habituellement raisonnable, ressemblait à un enfant gâté de 7 à 8 ans dont les parents auraient eu l'habitude de respecter tous les caprices.

Aujourd'hui, 12 mai 1883, il a repris ses études; de cette crise violente, il ne lui reste que le souvenir d'une lacune de trois jours, pendant laquelle il avait perdu la conscience de lui-même et de la vie extérieure. Il se souvient de ce qu'il avait fait et pensé le dimanche, et ne s'est plus retrouvé lui-même que le mercredi soir.

Que s'est-il donc passé chez ce jeune homme pendant ces trois jours? Quel nom donner à ce délire complètement apyrétique? Quelle en fut la cause? Quelles en peuvent être les suites?

Je vous avouerai, Messieurs, que ce sont autant de questions auxquelles j'ai été sur le moment et suis encore aujourd'hui fort embarrassé de répondre. Les parents avaient remarqué que, depuis quelques semaines, il était plus triste, plus pâle, qu'il avait moins d'appétit qu'à l'ordinaire. Mais ces divers phénomènes seraient des accidents prémonitoires plutôt

que des causes réelles, et, dans la vie, dans les habitudes du sujet, je n'ai découvert ni excès de travail, ni pratiques vénériennes d'aucune sorte; tout au plus des veilles parfois un peu prolongées. Ce jeune homme est un des meilleurs élèves du lycée; il a eu l'an dernier, et il a cette année encore le prix d'excellence. Il est donc au-dessus de sa besogne journalière et n'a pas besoin de faire des efforts extraordinaires.

Du côté de ses antécédents personnels ou de famille, je n'ai pas plus trouvé aucun fait qui pût m'éclairer. Il est blond, pâle, mais non anémique. Il est grand et bien développé. Ses parents sont d'une bonne santé. Sa mère a eu jadis quelques crises nerveuses.

En résumé, Messieurs, ce fait m'a paru aussi obscur qu'intéressant, et je serais heureux que mes collègues voulussent bien me faire connaître quelle est leur opinion.

JOURNAL DES JOURNAUX

De l'accumulation du pus dans la cavité utérine, par le professeur Tolochinoff. — Il existe, chez les femmes âgées, déjà éloignées de l'époque de la ménopause, une forme rare de métrite qu'on ne trouve signalée que dans la littérature anglaise (Tilt, Rob-Barnes, Matheus Duncan, Ashwell, Graily Hewit).

Elle est caractérisée par une accumulation, dans la cavité utérine, de sécrétion purulente et par l'évacuation périodique de ce pus mal lié, de vilain aspect, à travers l'orifice du col qui reste assez perméable pour permettre l'introduction d'une sonde. A ce moment on observe toujours l'écoulement d'un liquide séro-purulent, provenant de la cavité du corps utérin, laquelle a subi une certaine distension et un amincissement plus ou moins marqué de ses parois. On trouve l'utérus en ante ou en rétroflexion. Les malades se plaignent surtout d'une faiblesse générale et de douleurs constantes ou périodiques dans le ventre. La réapparition de ces douleurs ou leurs exacerbations coïncident avec la production de ces sortes de débâcles de muco-pus doué de propriétés très-irritantes et déterminant des colpites, un prurit vulvaire extrêmement intense, de l'eczéma chronique de la partie interne des cuisses, etc. Bon nombre de malades ont la face pâle et le teint jaunâtre.

Cette affection résulte d'un catarrhe utérin, tenace, dans lequel une déviation utérine, ou bien une infiltration carcinomateuse du parenchyme ont déterminé, avec un certain degré d'obstruction de l'isthme, un peu de rétention des sécrétions, puis la dilatation consécutive de la cavité que limitent des parois déjà atteintes par l'atrophie sénile physiologique. La pénétration de l'air dans la cavité par l'orifice entr'ouvert du col, déterminerait l'altération de la sécrétion catarrhale, sa transformation en un liquide séro-purulent susceptible d'irriter la muqueuse et d'y déterminer des ulcérations dont les produits augmentent encore l'abondance et les qualités nocives des liquides sécrétés.

Dans un des faits cités par l'auteur, la quantité de muco-pus constituant la débâcle utérine ne dépassait pas la valeur de une à deux grandes cuillerées, mais chez une malade citée par Ashwell, elle s'élevait à 10 onces en moyenne (320 grammes).

Les injections intra-utérines de nitrate d'argent, pratiquées dans un de ces cas par M. Duncan, l'introduction d'un crayon de sulfate de zinc et les injections de teinture d'iode et d'acide salicylique, employées par Barnes, n'ayant produit qu'une amélioration peu sensible, l'auteur résolut de traiter la cavité utérine comme un véritable foyer d'abcès. On introduisit un tube à drainage en métal jouant le rôle d'un pessaire intra-utérin et l'on pratiqua tous les jours le lavage méthodique et complet de la cavité utérine avec une solution phéniquée au 1/100e. L'état local et l'état général en furent notablement améliorés au bout de peu de temps. La suppression du tube à drainage était suivie à bref délai du retour des douleurs pelviennes, des débâcles de pus et des symptômes généraux. Au bout de deux ans, la guérison pouvait être considérée comme complète. La longueur de l'utérus se réduisit de 8 à 6 centimètres et la leucorrhée se tarit définitivement. (Tolochinoff, *On accumulation of pus in the uterus. Vracheb Vedomosti*, 1882.)

L. Dn.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. GOSSELIN donne lecture d'une note sur la frigidité antiseptique des plaies (1).

2° *Plaies fermées par la suture.* — Si je compare les résultats que nous donnait autrefois, sous les pansements protecteurs, la réunion immédiate, avec ceux que nous donnent aujourd'hui les antiseptiques, je trouve une différence qui s'explique encore par l'intensité de l'inflammation avec menace d'infection quand il s'agissait des premiers, le processus froid et lent, avec diminution des chances d'infection, depuis que nous nous servons des seconds.

Et, cependant, faute d'avoir connu les modifications anatomiques et physiologiques que je résume par le mot *frigidité*, beaucoup de chirurgiens n'ont pas obtenu du pansement antiseptique, pour les plaies fermées au moyen de la suture, le meilleur résultat possible, savoir la réunion immédiate complète ou presque complète. Cela tient à ce qu'ils ne l'ont pas tous employé de la même façon. Pour ne parler que du pansement de Lister par exemple, les uns se sont contentés de projeter sur la plaie, avant de la fermer, l'acide phénique en solution faible au moyen du pulvérisateur, pendant un temps plus ou moins long ; les autres, laissant de côté le pulvérisateur ou s'en servant seulement pour envoyer la poussière antiseptique dans l'atmosphère plus ou moins loin du champ opératoire, n'ont pas songé à laver la plaie abondamment avant de la fermer. D'autres enfin, appliquant avec rigueur un excellent précepte qu'a donné M. Lucas-Championnière, mais dont il n'a pas fait comprendre la grande utilité, parce qu'il l'englobait exclusivement dans la théorie germicide, ont pris soin de laver largement la plaie avant l'application de la suture, avec l'acide phénique au vingtième, jusqu'à ce que toute la surface ait pris un aspect chocolat clair.

Les phénomènes consécutifs et les résultats ont varié suivant qu'on a adopté l'une ou l'autre de ces manières de faire, et je n'en veux pas d'autres preuves que celles que m'a données mon observation personnelle.

Jusqu'à la fin de 1878, n'ayant pour me guider que la théorie de la destruction des germes atmosphériques, je croyais remplir l'indication en utilisant la volatilité de l'acide phénique, et mettant rigoureusement en usage tout ce qui, avant, pendant ou après l'opération, me paraissait apte à répandre autour de la plaie les vapeurs germicides. Je me servais du pulvérisateur, mais je ne tenais pas à faire arriver la poussière phéniquée sur la plaie, et pour peu que le nuage me gênât, ce qui arrivait le plus souvent, je le le détournais et le dirigeais au hasard sur les téguments voisins ; puis, pour chercher les artères, j'abstergeais avec une éponge imbibée le plus souvent d'acide phénique faible (au 1/50e ou au 1/100e). J'avais entendu parler d'intoxication et d'eschares possibles, et c'était pour les éviter que je rejetais les solutions fortes. Je voyais d'ailleurs la plupart de mes collègues, à Paris, agir de la même manière.

Mes résultats étaient assez bons, en ce sens que je n'avais pas de décomposition putride ni d'infection primitive ; mais le plus souvent ma suture se désunissait, la plaie suppurait, et, quand il s'est agi d'amputation, j'ai encore vu survenir l'infection purulente.

Depuis 1879, ayant acquis la notion que les antiseptiques agissaient autrement que par leur puissance germicide, et qu'ils modifiaient avantageusement le sang ; ayant remarqué ensuite les bons effets de l'acide phénique et de l'alcool injectés dans les cavités naturelles et accidentelles où leur utilité ne pouvait pas s'expliquer par l'action germicide ; soupçonnant enfin, sans en avoir encore eu la démonstration par les expériences sur les animaux, que ces agents pouvaient modifier le sang dans les vaisseaux eux-mêmes aussi bien qu'à l'extérieur, je pris l'habitude de faire, soit avec une éponge, soit avec une seringue, un large arrosement de la plaie, jusqu'à la production de la couleur si bien indiquée par M. Lucas-Championnière, couleur que j'attribue à la coagulation des matières albumineuses à la surface de la plaie.

Mes résultats ont été dès lors beaucoup meilleurs. J'ai eu de temps en temps des réunions immédiates complètes en huit ou dix jours, d'autres fois des cicatrisations du genre de celles que j'ai appelées intermédiaires, en quinze à vingt jours, après écoulement de sérosité sanguinolente sans pus, d'autres fois des cicatrisations mixtes, après des alternatives d'écoulement séro-sanguin et de suppuration très limitée et de courte durée.

Je suis donc arrivé peu à peu à cette conviction que ce qui est essentiel et n'a pas été

(1) Suite et fin. — (Voir le dernier numéro.)

bien compris par tout le monde, dans le pansement des grandes plaies d'amputation ou d'ablation de tumeur, ce qui est essentiel, dis-je, c'est de laver abondamment la plaie avec l'acide phénique au vingtième ou l'alcool à 86°, avant de la fermer, et je suis en mesure de dire aujourd'hui que ce lavage est utile, parce qu'il oblitère instantanément un certain nombre de capillaires, et qu'il donne cette frigidité qui, tout en lui laissant l'aptitude à l'exsudation des matériaux nécessaires pour l'agglutination prompte, sinon immédiate des surfaces opposées de la plaie, supprime ou tout au moins retarde et diminue l'aptitude à l'inflammation suppurative.

Ai-je besoin d'ajouter que d'autres substances, et notamment le chlorure de zinc, l'acide salicylique peuvent fournir les mêmes résultats, et que dans l'état actuel de la science le problème à résoudre est celui-ci : quelle est la substance qui, tout en amenant l'imputrescence et supprimant ainsi les chances d'infection grave, possède au plus haut degré le pouvoir de donner, après la suture, la réunion immédiate absolue, tant entre les surfaces profondes qu'entre les bords des grandes plaies accidentelles et opératoires ?

Je n'ai pas voulu entrer dans de plus longs détails, afin de ne pas trop m'écarter des idées que je désirais mettre en relief dans cette Note. Mais je tiens à ajouter que je considère aussi comme essentiel, quand la plaie est profonde, l'usage du tube à drainage, que je laisse ce tube rarement plus de quarante-huit heures, et que je le renouvelle toujours le lendemain, en me servant d'huile phéniquée au dixième, pour faciliter son introduction et conduire avec lui quelques vapeurs antiseptiques nouvelles au fond de la plaie. Il va sans dire également qu'à l'exemple de tous, je complète le pansement extérieur avec des pièces antiseptiques (la gaze de Lister, et plus souvent la tarlatane imbibée d'eau-de-vie camphrée). Je présume que les quelques vapeurs antiseptiques émanées de ces pièces pénètrent par les tubes à drainage ou par les fissures de la plaie, et contribuent à entretenir les bons effets locaux produits par le grand lavage dont j'ai parlé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 juin 1883. — Présidence de M. MILLARD.

SOMMAIRE. — Correspondance. — M. Rathery : *Note sur quelques points relatifs à l'isolement des varioleux dans les hôpitaux.* — M. du Cazal : *Traitement de certaines complications de la fièvre typhoïde par les bains froids.* Discussion : MM. Dujardin-Beaumetz, Féréol, Bucquoy, Martineau, du Cazal, C. Paul, Tenneson, Dumontpallier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — La *France médicale.* — La *Tribune médicale.* — *Journal de médecine de Paris.* — Le *Progrès médical.* — *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.* — *Gazette médicale de Picardie.* — *Annales des maladies des organes génito-urinaires.* — *Revue médicale de Toulouse.* — *Marseille médical.* — *Rapport sur l'assistance publique à Reims,* par H. Henrot. — *Rapport sur les travaux de la Société médicale de Reims pendant l'année 1882,* par H. Henrot.

M. RATHERY lit un travail intitulé : *Note sur quelques points relatifs à l'isolement des varioleux dans les hôpitaux.* (Voir l'*Union médicale,* n° 86, 1883.)

—

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR LES BAINS FROIDS.

(Suite de la discussion.)

M. DU CAZAL lit une *Note sur le traitement de certaines complications de la fièvre typhoïde par les bains froids.* (Voir plus haut.)

M. DUJARDIN-BEAUMETZ : Nous employons peu la digitale comme antithermique, et, pour ma part, je ne la crois pas supérieure à l'acide salicylique. Son emploi ne présente-t-il pas des dangers, surtout aux doses indiquées par M. du Cazal?

M. DU CAZAL : Pour moi, la digitale est le meilleur des médicaments antithermiques; mais il faut employer de la bonne digitale, et il n'est pas toujours facile de s'en procurer. Je n'ignore pas qu'elle peut offrir quelque danger, mais je ne crains pas de l'administrer jusqu'à ce qu'il y ait intolérance; je la supprime lorsque les vomissements surviennent.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ : M. du Cazal a-t-il employé les bains tièdes qui donnent d'ex-

cellents résultats contre les désordres nerveux et qui offrent tous les avantages des bains froids sans en avoir les inconvénients?

M. du Cazal : Je les ai essayés, mais je n'ai jamais constaté d'abaissement de température par leur emploi.

M. Féréol : Je n'ai jamais obtenu de diminution de la température par les bains tièdes, c'est à-dire les bains de 28° à 30°. J'ai remarqué, en outre, que ces bains ne calmaient pas les phénomènes nerveux à l'égal des bains froids.

M. Bucquoy : Je suis grand partisan des bains tièdes, je l'ai déjà dit ici. Sans doute ils ne font point baisser la température, mais ils produisent une modification de l'état général, ils apaisent les troubles nerveux et ils amènent habituellement une légère transpiration, ce qui est un signe d'heureux augure.

M. Martineau rappelle que Trousseau employait les bains tièdes prolongés dans le traitement de la fièvre typhoïde, surtout lorsqu'il y avait de l'insomnie, de l'agitation et du délire, de la sécheresse de la peau.

M. Dujardin-Beaumetz : On reproche aux bains tièdes de ne pas abaisser la température; sans doute, mais ils n'en sont pas moins très efficaces dans les formes graves, ataxiques, de la fièvre typhoïde. Il ne faut pas seulement considérer la température; on peut rêver de faire évoluer une fièvre typhoïde au-dessous de la normale, mais l'aura-t-on guérie pour cela? Eh bien, les bains tièdes de 32° à 35°, sans modifier la température, amènent un soulagement très appréciable; ils calment les phénomènes généraux, qui sont tout aussi redoutables que l'hyperthermie.

M. du Cazal : Je me garde bien de dire, pour ma part, que la fièvre typhoïde peut guérir par les bains froids; aussi n'ai-je parlé que du traitement de certaines complications : l'ataxie, l'hyperthermie, les phénomènes thoraciques. Je pense que ces complications sont plus heureusement combattues par les bains froids que par les bains tièdes.

M. C. Paul : Je m'étais fait inscrire pour parler sur le traitement de la fièvre typhoïde par l'eau froide, mais je renonce à prendre la parole pour les raisons suivantes :

Personne ne peut mettre en doute aujourd'hui l'heureuse influence de l'eau froide sur les phénomènes nerveux et plus encore sur les phénomènes ataxiques qu'on rencontre dans la fièvre typhoïde.

Depuis les lotions et les lavements d'eau froide jusqu'aux affusions froides et aux bains, l'effet sur le système nerveux est certain.

Le problème actuel consiste à savoir s'il est utile ou même nécessaire de pousser cette méthode jusqu'à administrer à tous les malades indistinctement, sans tenir compte de la gravité de la maladie, la méthode de Brand, c'est-à-dire huit fois par jour, ou plutôt toutes les trois heures un bain à 18° de quinze minutes de durée.

J'ai essayé cette méthode de Brand dans toute sa rigueur, en invitant M. Glénard à venir dans mon service régler tous les détails les plus minutieux de la méthode.

Je dois dire à la gloire de mes élèves qu'ils se sont montrés à la hauteur de leur tâche et sont tous venus, chacun à leur tour, passer les nuits pour en assurer la fidèle exécution.

Je reconnais volontiers que cette méthode donne dès le début des résultats des plus encourageants et que, dès le premier bain, le malade éprouve dans l'eau un véritable bien-être, qu'il en revient à pied jusqu'à son lit, qu'on n'a plus à le porter, que l'expression du visage, au lieu de montrer de la stupeur, est franche et éveillée, que le malade réclame des aliments, etc.

Mais en réalité l'abaissement de température est faible dans les parties centrales (rectum), il est considérable mais passager dans les organes superficiels. Si bien qu'au bain suivant, après trois heures, la température est remontée au degré où elle était avant le bain.

La méthode de Brand n'est donc pas une méthode antipyrétique, aussi ne peut-elle se juger sur les tracés de température minima et maxima de la journée; si bien que si je considère mes nombreux tracés, sans les signes que j'y ai inscrits pour enregistrer l'effet du bain, je ne saurais reconnaître ceux qui appartiennent aux malades traités par la méthode ordinaire et ceux qui appartiennent aux malades traités par la méthode de Brand.

Or, c'était sur les tracés que je comptais pour juger la méthode de Brand, et il me faut y renoncer.

Tout ce que je puis dire, c'est que cette méthode me paraît excessive, qu'elle est inu-

tile dans les cas légers, et que dans les cas graves elle prive le malade de repos et de sommeil.

Je ne compte donc pas l'appliquer avec cette rigueur systématique des Allemands et des Lyonnais que rien ne justifie.

M. Tenneson: Je me borne, dans le traitement de la fièvre typhoïde, à des soins hygiéniques, de sorte que j'ai pu observer bien souvent la marche naturelle de la température. Eh bien, dans ces conditions, les tracés thermiques ne diffèrent pas sensiblement de ceux que l'on obtient chez les malades traités par les bains froids. C'est une considération qu'il ne faut pas perdre de vue, afin de ne pas attribuer à une médication quelconque un effet qu'elle n'a pas en réalité.

M. C. Paul: L'observation de M. Tennesson n'est pas applicable aux formes graves de la fièvre typhoïde qui sont loin de présenter la marche dite typique de la température. Dans les cas graves, je déclare que je ne voudrais pas me borner à l'expectation pure et simple.

M. Dumontpallier s'associe aux remarques de M. C. Paul, et il ajoute qu'il faut s'incliner devant les faits, à moins que les assertions des médecins allemands ne soient mensongères.

M. Dujardin-Beaumetz fait observer que la pratique de M. Tenneson n'est pas l'expectation pure et simple; M. Tenneson emploie, comme lui-même, un traitement hygiénique qui peut être très utile au malade.

M. Tenneson demande que la discussion soit remise à la prochaine séance; il apportera les preuves de ce qu'il avance.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Troisier.

COURRIER

Service de santé militaire. — Par décret, en date du 4 septembre, les docteurs en médecine ci-après désignés ont été nommés au grade de médecins aides-majors de deuxième classe (emplois vacants par organisation):

MM. Lalanne, Capdeville, Ricard, Meinadier, Vilfroy, Gélis, Gergaud, Battesti, Vigen, Menier, Carles, Hallade, Baduel, Raymondaud, Lemonnier, Maydieu, Guertin, Wuillamier, Riu, Henryet-de-Launay, Lede, Sarda, Hyvernat, Depoorter, Ficatier, Le Bailly, Guérin, Durand, Vesselle, Mialaret, Gauch, Canteteau, Brun, Bompard, Goudot, Liébaut, Launay, Mettas, Gaillard, Mullois, Philipes, Debort, Angladé, Méricamp, Lamaraud, Potu, Cheyrou, Laurent, Austruy, Galliot.

Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger. — Les récompenses suivantes ont été décernées aux élèves de l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger, pour l'année scolaire 1882-1883.

Médecine. — Première année. Pas de prix; mention honorable: M. Wo-Lévan. — Deuxième année. Pas de prix; mention honorable: M. Chalençon. — Troisième année. Prix: M. Guérin. — Travaux pratiques (anatomie). Première année. Mention honorable: MM. Alfred et Léon Auzoulay, *ex æquo*. — Deuxième année. Prix: M. Geghre; mention honorable: M. Viller. — Troisième année. Mention honorable: MM. Combes et Renault, *ex æquo*.

Pharmacie. — Première année. Prix: M. Colozzi. — Travaux pratiques (chimie). Première année. Prix: MM. Colozzi et Paterne, *ex æquo*; mention honorable: M. Castelli. — Deuxième année. Première mention honorable: M. Malachowski; deuxième mention honorable: M. Boisse. — Histoire naturelle. Première année. Prix: M. Colozzi; mention honorable; M. Auster. — Deuxième année. Prix: M. Boisse; mention honorable: M. Court.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie FALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Clinique de l'Hôpital Saint-Louis. — M. le Pr A. Fournier.

De la syphilis héréditaire tardive.

Messieurs,

Je me propose d'aborder devant vous, dans une série de conférences, la grave et importante question de la *syphilis héréditaire tardive*.

Syphilis héréditaire tardive, ai-je dit. Déterminons bien tout d'abord ce qu'on entend et ce que nous nous proposons d'étudier sous ce terme.

Sous ce terme (qui peut, je l'avoue, prêter le flanc à la critique, mais que nous conserverons parce qu'il est abréviatif et commode) on désigne l'*ensemble des accidents syphilitiques qui, dérivant d'une infection héréditaire, se produisent à un âge plus ou moins avancé de la vie, c'est-à-dire au cours de la seconde enfance, de l'adolescence et de l'âge adulte*. Par opposition à la syphilis héréditaire *précoce*, qui succède immédiatement ou rapidement à la naissance, la syphilis héréditaire *tardive* est celle qui entre en action dans un âge plus distant de la naissance, et cela soit qu'elle fasse à cet âge ses premières manifestations, soit qu'elle ait été précédée de manifestations contemporaines du premier âge.

J'insiste et je précise pour ne laisser place en vos esprits à aucun doute, à aucune ambiguïté.

Voici, je suppose, un enfant qui, bien qu'issu de parents syphilitiques, est parvenu jusqu'à l'âge d'une douzaine d'années sans présenter quoi que ce soit de suspect. A ce moment, il est affecté d'une gomme ou d'une exostose, ou de telle autre lésion de nature incontestablement spécifique.

FEUILLETON

La Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

Ce n'est pas seulement par le nombre de ses membres et par son ancienneté que cette Société est au premier rang parmi les Sociétés savantes des départements; elle doit à une autre qualité plus méritoire son autorité et sa légitime renommée. Pour s'en convaincre, il suffit de parcourir un de ces gros volumes in-8° qui contiennent les procès-verbaux des séances et les mémoires de chaque année.

En écrivant ces lignes, j'ai sous les yeux le volume de l'année 1881. Il montre bien, par ses 682 pages de texte, l'activité des membres, l'étendue et la variété des discussions, ainsi que la richesse en travaux originaux de cette savante Société. Ce recueil est précieux pour les travailleurs, qui le consultent souvent et le feraient plus fréquemment encore si la publication en était un peu moins tardive. Nos confrères de la Gironde me pardonneront d'autant plus facilement cette critique, que l'*Union Médicale* a rendu souvent compte par anticipation de leurs excellents travaux au moment où ils étaient édités sous forme de brochures, et bien avant la publication des mémoires (1).

Une autre manifestation de la vitalité de cette Société est l'ardeur des concurrents à se disputer les récompenses qu'elle décerne. N'est-ce pas là une preuve de la valeur que, dans le monde scientifique, on attache aux suffrages de ses membres titulaires?

(1) *Bulletins et Mémoires de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, année 1881. Paris, 1882; Masson.

C'est là par excellence, pour nous comme pour tout le monde, un cas de syphilis héréditaire tardive.

D'autre part, voici un autre enfant qui, également issu de souche syphilitique, a été affecté dans ses premiers mois de diverses manifestations d'ordre spécifique. On l'a traité à ce moment, ou on ne l'a pas traité, peu importe; somme toute, il a guéri. Puis, dix, douze, quinze, vingt ans plus tard et sans contamination subséquente, il présente de rechef telle ou telle manifestation de syphilis. Ceci encore sera, pour nous, de la syphilis héréditaire tardive.

En un mot et de la façon la plus générale, toute manifestation spécifique de provenance héréditaire venant à se produire dans un âge plus avancé que celui où s'observent usuellement les accidents héréditaires de la syphilis, c'est-à-dire au delà des deux ou trois premières années de la vie, rentrera dans le cadre de ce que nous appelons conventionnellement la syphilis héréditaire tardive.

I

Mon but, mon ambition, Messieurs, est d'établir, au cours des conférences que nous commençons aujourd'hui, les diverses propositions suivantes, qui, pour moi, s'élèvent au rang de vérités cliniques démontrées, à savoir :

Que l'influence héréditaire de la syphilis ne se borne pas — contrairement à un préjugé qui n'est que trop en faveur — à déterminer un groupe de manifestations limitées au premier âge;

Que, tout au contraire, elle se continue bien au delà; qu'elle poursuit ses victimes bien plus avant dans la vie.

Que, de plus, elle ne frappe parfois ses premiers coups, sur des sujets primitivement épargnés, qu'à une étape plus ou moins distante de la première enfance;

Que de la sorte, d'une façon ou d'une autre, c'est-à-dire soit consécutivement à des accidents du premier âge, soit d'emblée, elle aboutit souvent, bien plus souvent qu'on ne le croit en général, à réaliser des lésions spécifiques au cours de la seconde enfance, de l'adolescence, de la jeunesse, voire de l'âge adulte;

De plus, elle a depuis longtemps établi une disposition réglementaire féconde en enseignements et tout humanitaire. Un service de consultations gratuites fait étudier en commun des cas cliniques, difficiles, rares ou discutables. Cette sage disposition, qu'on voudrait voir imiter par d'autres Sociétés de médecine, ne contribue pas peu à augmenter l'attrait des séances et à favoriser des démonstrations cliniques aussi pratiques qu'instructives.

Enfin, à ces preuves de l'activité et de l'influence scientifique de cette Société, il s'en ajoute encore une autre : souvent, en effet, elle est l'objet de sollicitations de la part des autorités départementales ou municipales. Les pouvoirs publics, désireux de connaître son avis motivé dans les questions d'hygiène publique et de police sanitaire, mettent à contribution le dévouement de ses membres pour le bien public. N'est-ce pas là un très honorable témoignage à l'égard de la Société dans un pays comme le nôtre, où les pouvoirs publics n'ont pas habitué le corps médical à de telles marques de déférence?

Hygiène publique, épidémiologie, pathologie interne, chirurgie, thérapeutique, médecine légale forment donc le vaste domaine qu'explorent avec talent les uns et les autres de nos confrères de Bordeaux. C'est ainsi que l'étude des maladies régnantes est l'origine de discussions nouvelles très suivies et très appréciées par les praticiens de la ville et du département.

Le *prima mensis* donne, en effet, la note pathologique dominante du mois et devient l'occasion de communications importantes telles que celles de MM. Verdalle et Lande sur une *épidémie d'oreillons;* de MM. Carles, Moreau, Saint-Philippe, Davezac, sur les résultats de leur expérience personnelle dans le *traitement du croup;* ou bien de remarquables rapports, comme celui de M. Vovard, sur l'*épidémie de variole de Bordeaux en*

Et, finalement, que ces dites lésions, presque toujours méconnues comme origine, *presque toujours rapportées indûment à la scrofule,* doivent être rattachées à la syphilis dont elles constituent en réalité des manifestations héréditaires à échéance plus ou moins tardive.

On se représente la syphilis héréditaire comme exclusivement reliée à la première enfance. C'est là une grande erreur, ou, pour mieux dire, c'est là une opinion composée de deux grandes erreurs : l'une d'après laquelle un enfant qui a été affecté d'accidents spécifiques dans le jeune âge, mais qui en a été délivré par un traitement spécifique, n'aurait plus rien à craindre ultérieurement de la syphilis, en aurait fini à tout jamais avec la syphilis ; — l'autre, plus répandue encore et mieux accréditée, qui consiste à croire qn'un enfant issu de parents syphilitiques a échappé sûrement à l'hérédité spécifique s'il n'a rien présenté de suspect dans ses premiers mois ou ses premières années.

Vous verrez par ce qui va suivre, Messieurs, si cette double erreur est condamnée par l'observation clinique.

Tel est, en quelques mots, le vaste programme que je me suis imposé la tâche de développer devant vous cette année.

Or, ou je me trompe fort, ou c'est là pour tout médecin un sujet d'études important au premier chef, et important au double point de vue de la science et de la pratique.

Scientifiquement, nous sommes ici de toute évidence en face d'un sujet majeur. N'est-ce pas en effet le rôle du pathologiste de s'efforcer à constituer chaque type morbide suivant la vérité clinique, c'est-à-dire de rattacher à chaque maladie les manifestations qui sont de son domaine, comme d'en élaguer celles qui lui sont étrangères ?

Et, d'autre part, bien plus importante encore se présente, au point de vue pratique et professionnel, l'étude que nous allons aborder. Car affirmer l'existence d'une syphilis héréditaire tardive et démontrer qu'à cette syphilis doivent être rattachés nombre de symptômes et de lésions qui en sont indûment séparés, c'est du même coup, *ipso facto,* signaler le traitement applicable à ces symptômes et à ces lésions, c'est ouvrir une voie

---

1881. La Société avait, en effet, ouvert une enquête sur cette épidémie et sur les résultats obtenus par les vaccinations et les revaccinations.

D'ailleurs, cette année 1881, aura été pour la Société de Bordeaux l'occasion de nombreux travaux sur les maladies virulentes, parmi lesquels on doit citer l'intéressante observation de M. Vergely *sur la variole et la vaccine évoluant ensemble sur un même sujet*, les communications de M. Saint-Philippe et de M. Durand sur la *variole* et la *vaccine*; de M. Boudet sur le *traitement de la pustule maligne par le perchlorure de fer ;* de M. Arnozan *sur un cas probable de morve* et de M. Rabère sur une tentative, infructueuse d'ailleurs, de *traitement de la rage par le chloral.*

De l'étude des maladies infectieuses à la médecine préventive, la distance est courte à franchir ; aussi on lira volontiers les notes de M. Armaingaud sur les *Études publiques de désinfection* à Bordeaux et la *situation hygiénique du lycée de cette ville.* A une époque où l'hygiène publique est mise en honneur plus que jamais, la Société de Bordeaux ne contribuera pas peu à lui acquérir droit de cité dans la grande ville maritime du sud-ouest, rendez-vous des navires des deux-mondes et port toujours exposé à l'invasion des maladies exotiques.

Plus nombreuses encore sont les questions de clinique médicale et de pathologie interne, car dans cette Société, les recherches didactiques ne sont pas moins en honneur que les travaux de médecine pratique. En n'énumérant que les principaux de ces travaux, je signalerai les notes de M. Saint-Philippe sur la *colique salivaire* et le *rhumatisme cérébral*, de M. Boudet sur l'*étude du mal de Bright* et des *néphrites albumineuses*, question toujours actuelle, à laquelle se rapporte indirectement une intéressante discussion soulevée par M. Davezac sur le *dosage de l'albumine par le procédé d'Esbach.*

M. Arnozan, qui est un infatigable observateur, publie encore dans ce volume une

thérapeutique nouvelle contre cet ordre de manifestations, c'est offrir la ressource d'une médication puissante à des accidents que cette médication *seule* est susceptible de guérir et qui, sans elle, n'aboutiraient que trop souvent aux conséquences les plus désastreuses, voire à la mort.

De tout cela, Messieurs, vous jugerez bientôt par vous-mêmes, lorsque je vous aurai montré combien sont à la fois multiples, diverses et graves les déterminations morbides que peut développer, à des périodes plus ou moins avancées de la vie, l'influence syphilitique héréditaire. Pour l'instant, faites-moi crédit de la démonstration qui viendra à son heure et qui, j'en prends l'engagement, sera de nature à vous satisfaire.

Encore un mot avant d'entrer en matière.

Cette question de la syphilis héréditaire tardive, Messieurs, j'ai d'autant plus à cœur de l'aborder et de la discuter à fond devant vous qu'elle est délaissée, négligée, presque dédaignée, dirai-je, par la plupart des pathologistes contemporains. Ouvrez un livre de pathologie interne ou externe, vous y trouverez à peine mention des accidents que peut réaliser à longue échéance l'hérédité syphilitique, et j'aurais même à citer plus d'un traité classique où il n'y est pas fait la plus légère allusion. Ouvrez, d'autre part, un livre de pathologie spéciale, vous y rencontrerez certes la question indiquée, mais indiquée comment, de quelle façon? De la façon la plus sobre, la plus discrète; si bien que, restreinte à un court chapitre, où figurent sans grands commentaires quelques observations équivoques, elle y est plutôt éludée, esquivée, que véritablement étudiée, approfondie, discutée et jugée.

Aussi, qu'a-t-il résulté de ce silence des classiques sur le sujet qui nous occupe? C'est que la génération des médecins de nos jours est restée indifférente — je n'ose dire étrangère — à cet intéressant problème. Dans le public médical actuel, on est profondément sceptique relativement à la syphilis héréditaire tardive. A parler net, *on n'y croit pas*, ou *l'on n'y croit guère*. Cela, je l'affirme en toute connaissance de cause et par expérience personnelle. Plusieurs fois, par exemple, il m'est arrivé, à propos de cas de cet ordre, d'émettre devant des confrères le diagnostic de syphilis héré-

---

étude clinique qui a fait époque dans l'histoire du *lupus tuberculeux*, et dans laquelle, après avoir passé en revue les divers traitements, il arrive à une formule thérapeutique précise : « Le traitement local du lupus tuberculeux, dit-il, doit commencer par le râclage et finir par les scarifications linéaires ».

En névropathologie, M. Armaingaud a fait connaître une observation *d'ataxie locomotrice traitée sans succès par l'élongation ;* M. Saint-Philippe a lu de judicieuses réflexions sur le *caractère névralgique de certaines angines et leur traitement par le sulfate de quinine,* et M. Durand a communiqué deux mémoires importants : l'un sur l'*écriture en miroir,* l'autre sur les *troubles réflexes observés pendant l'allaitement* et sur *une forme d'irritation spinale observée chez les nourrices.*

La thérapeutique et la matière médicale sont représentées par les lectures de M. Carles *sur l'huile de foie de morue,* une discussion animée sur l'*emploi de la pilocarpine dans le traitement de l'angine diphthérique,* et d'autres communications parmi lesquelles celles de M. Boursier sur les *injections sous-cutanées d'acide phénique* tient incontestablement le premier rang. Enfin, en médecine légale, les *notes et observations de médecine légale* de M. Sentex sont le résultat d'une longue pratique. En tête de cette étude très riche en renseignements, l'auteur a donc bien raison de dire : *scripsi quod vidi.* Il y a lieu d'espérer que le médecin légiste de Saint-Sever complètera un travail équitablement apprécié par tous les médecins et les magistrats.

Dans le domaine de la pathologie chirurgicale, les communications sont peut-être plus rares; néanmoins, leur intérêt n'est pas moindre. Il suffit en effet, pour s'en convaincre, de lire l'observation de M. Péry sur l'*hématome de la glande parotide,* les remarques de M. Dudon sur les *kystes ovariques* et les discussions dont les notes de M. Moure sur l'*otite moyenne compliquée d'abcès mastoïdien* et de M. Martin sur la *guérison d'un exophthalmos* par l'*électropuncture,* ont été l'objet.

ditaire tardive, en essayant de justifier ce diagnostic par des raisons que je croyais, comme je les crois encore, des plus valables, et, sauf exceptions rares, je n'ai guère vu mon opinion accueillie qu'avec un étonnement significatif, comme si j'avais émis qnelque paradoxe, quelque proposition bizarre, extraordinaire. D'autre part, j'ai bien souvent causé du sujet en question entre confrères, entre amis, et de ces conversations familières, parfois si instructives, où chacun dit sans gêne ce qu'il a vu, ce qu'il croit juste ou faux dans telle ou telle doctrine, j'ai recueilli cette impression formelle, à savoir : que la syphilis héréditaire tardive ne jouissait encore parmi nous que d'un crédit des plus restreints, qu'elle ne comptait encore que bien peu de *croyants*.

Bref, si j'avais à vous dépeindre l'état actuel des esprits relativement à notre sujet, je croirais l'apprécier d'une façon conforme à la stricte vérité en vous disant ceci :

Parmi nos confrères, il en est un certain nombre qui admettraient volontiers la syphilis héréditaire tardive. « Car, disent-ils, rien de plus logique en principe ; pourquoi la syphilis héréditaire ne ferait-elle pas ce que fait la syphilis acquise? » Mais ils voudraient « des preuves pour y croire, et de bonnes preuves, et en nombre suffisant. » Rien de plus légitime.

D'autres — et ceux-ci composent, je le constate à regret, une imposante majorité — contestent l'authenticité d'une syphilis héréditaire tardive, qu'ils qualifient de « conception théorique, illusoire .» Ils la tiennent pour non démontrée par les observations produites jusqu'alors et lui opposent toutes fins de non-recevoir, toutes objections tirées des causes d'erreur qui peuvent donner le change à son égard et transformer d'apparence une syphilis acquise en une syphilis héréditaire. Ils invoquent contre elle, par exemple, les contagions accidentelles ou criminelles auxquelles est exposé l'enfant, les « dépravations de la débauche, les sévices, les mensonges des intéressés », en un mot toutes les incertitudes — et elles sont nombreuses — qui peuvent planer sur l'origine de la contamination.

Quelques-uns encore rejettent de parti pris la syphilis héréditaire tardive, en se récriant sur ce qu'ils appellent « les tendances de la syphilis à vouloir incessamment étendre son domaine ». « On n'en a jamais fini,

---

Sur les bords de la Gironde, la clinique chirurgicale n'est donc pas moins en honneur que la clinique médicale. Mais nos confrères, pour être des savants, n'oublient pas qu'ils sont des médecins; les intérêts moraux du corps médical ne leur sont pas moins à cœur. Ils ont donné une preuve nouvelle de leur dévouement pour protéger l'honneur professionnel, en acceptant du préfet de Bordeaux la mission de reviser la liste annuelle des médecins exerçant dans le département. C'est là une mesure efficace contre les usurpations de diplômes et par conséquent pour la prévention et, au besoin, la répression de l'exercice illégal.

Que n'en est-il de même ailleurs? Pour reconnaître toute l'utilité de ce vœu, que l'on compare la liste dressée par les soins de nos confrères avec la nomenclature fantastique du personnel médical de Paris, telle qu'elle a été rédigée par l'administration. Voici donc encore un exemple que la Société de Bordeaux donne la première, exemple bien digne d'être suivi par les autres Sociétés médicales des départements ou des arrondissements de Paris.

Il ne faut pas s'en étonner, nos confrères de la Gironde ont toujours été hommes d'initiative. Naguère encore, ne méritaient-ils pas la reconnaissance de la médecine française, quand on les surnommait avec raison les premiers parrains de l'Association médicale? N'est-ce pas à Bordeaux que, par leurs efforts récents, on a essayé d'organiser pratiquement la défense professionnelle? Enfin cette Société de médecine, par la renommée de ses membres et l'éclat de leur enseignement, ne contribue-t-elle pas à faire de cette ville la capitale scientifique du sud-ouest? Puissante ouvrière de cette haute réputation, la Société mérite donc les sympathies des médecins français, et l'*Union médicale* a eu souvent et aura certainement encore l'occasion de rendre compte de tels travaux et de tels efforts si justement et si universellement estimés.

Ch. Eloy.

disent-ils, avec la vérole. La voici qui, maintenant, sous le nom de syphilis héréditaire tardive, prétend se substituer à la scrofule, et qui revendique à son avoir divers accidents que produit la scrofule dans l'enfance et l'adolescence. »

Quelques autres même — et j'en oublie — battent en brèche par l'ironie la doctrine que nous allons défendre, « doctrine agréable, disent-ils, échappatoire commode à l'usage de fils peu scrupuleux qui trouvent bon de s'innocenter de leurs propres fautes aux dépens de leurs pères, etc. » « D'ailleurs, ajoutent-ils, Voltaire a jugé la question de vieille date, en nous racontant l'histoire de ce brave mari qui fut d'abord fort étonné de recevoir la vérole de sa femme légitime la première nuit de ses noces, mais qui ne tarda pas à accepter la chose comme très naturelle, dès que sa digne moitié lui eut expliqué que la vérole était dans sa famille, à elle, un *patrimoine héréditaire.* »

Eh bien, n'importe, Messieurs ; en dépit de Voltaire — qui serait d'ailleurs fort étonné de figurer dans une question scientifique de ce genre, — en dépit des railleurs, des sceptiques, des indifférents, nous croyons, nous, à la réalité, à l'authenticité d'une syphilis héréditaire tardive ; et nous y croyons parce que nous sommes conduits et autorisés par la clinique à y croire.

On nous dit que l'influence héréditaire de la syphilis, alors qu'elle doit s'exercer sur un sujet, s'exerce immédiatement sur lui, dès ses premières semaines, tout au moins dès ses premiers mois ; — on nous dit que cette influence concentre et restreint son action d'une façon presque exclusive sur le premier âge, sans se prolonger sur les âges subséquents ; — on nous dit que la scrofule est une maladie connue, déterminée, qui ne saurait être jamais confondue avec des accidents de syphilis héréditaire ; — on nous dit que la mode est aux empiètements de la vérole et qu'il est temps de réagir contre cet abus, etc., etc.

A tout cela nous répondons, nous, au nom de la clinique :

Que, si la syphilis héréditaire se révèle souvent dès la naissance ou à courte échéance après la naissance, il est des cas non moins authentiques où elle reste longtemps silencieuse et latente, où elle contient ses manifestations dans la première enfance pour ne faire explosion qu'*à échéance plus tardive* ;

Que, manifeste ou latente dans le premier âge, elle étend bien au delà son influence spécifique, et qu'elle est susceptible de faire ce que fait la syphilis acquise, c'est-à-dire de se traduire par des manifestations diverses *à longue portée*, ou, pour parler en termes plus précis, de constituer des accidents spécifiques au cours non pas seulement de la seconde enfance, mais de l'adolescence, de la jeunesse, voire de l'âge mûr ;

Que ces déterminations tardives de la syphilis héréditaire sont exposées, pour des raisons nombreuses et diverses, à être méconnues comme nature, notamment à être considérées comme *scrofuleuses;* — que des erreurs de ce genre ont été souvent commises et sont encore commises journellement, ainsi que, chemin faisant, je vous en citerai nombre d'exemples ;

Qu'enfin il n'y a pas à se plaindre des prétendus « empiètements » (empiètements nosologiques, s'entend) de la vérole, si tant est qu'ils soient justifiés par la clinique. Bien loin de là ! Ces empiètements, au contraire, il faut les considérer comme des progrès, comme des bienfaits, puisqu'ils ouvrent à la thérapeutique des ressources nouvelles, puisqu'ils conduisent à guérir ce qu'avant eux on ne guérissait pas.

Mais assez de préambules et de généralités. Venons aux faits.

A suivre.

Empoisonnement par une infusion de 45 grammes de feuilles de digitale guérison.

Note lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 26 mai 1883,

Par le docteur Antonin MARTIN.

Le 7 avril dernier, j'étais appelé d'urgence à huit heures du matin près du sieur C..., employé d'octroi, rue Erard, 7, qui, me disait-on, venait de s'empoisonner avec de la digitale.

C... est un homme d'environ 40 ans, d'une bonne constitution, très sobre, sans diathèse syphilitique ou autre; il est atteint depuis quelques années d'une hypertrophie active du cœur, sans lésions valvulaires, mais accompagnée d'œdème pulmonaire avec catarrhe bronchique.

Je le trouve couché, en proie à des vomissements de couleur vert bleuâtre, incessants et abondants qui le fatiguent beaucoup.

M. C... me dit que la veille, se trouvant indisposé, il résolut de se faire transpirer. Il emporta à son poste, gare des marchandises du chemin de fer de Vincennes, une forte poignée de feuilles qu'il crut être de la bourrache et qui n'étaient autre que de la digitale dont il avait l'habitude de prendre de temps à autre une infusion (ce paquet de bourrache représente, d'après M. C..., la quantité de feuilles de digitale qu'il avait emportées. Il pèse 40 grammes sans le papier, et non 35 grammes comme je l'ai dit tout d'abord.)

Il fit infuser ces 40 grammes de digitale dans un litre d'eau bouillante, et prit en trois fois, sauf environ un quart de verre à peine qu'il laissa au fond du bol, de quart d'heure en quart d'heure, à partir de dix heures et demie, cette infusion.

Une demi-heure plus tard, malaise, angoisse, sueurs froides suivies de vomissements. S'étant aperçu de son erreur, M. C... alla raconter le fait à un pharmacien qui lui dit qu'il n'y avait rien à faire que de favoriser les vomissements. Il passa la nuit dans la même situation : vomissements verdâtres, incessants; pas de saveur âcre à la bouche; langue blanc jaunâtre, humide, rouge à la pointe et sur les bords; soif ardente; coliques violentes, surtout à la région ombilicale, suivies de quatre selles fétides.

Je ne voyais le malade que vingt-deux heures déjà après l'accident: il avait passé la nuit seul, vomissant toujours, ayant un peu de délire; pour comble de malheur, il avait renversé sa lampe, et, ne voyant pas, il avait bu du pétrole au lieu d'eau.

Les symptômes toxiques de la digitale ne sont pas au complet; pas de céphalalgie ni d'hallucination; pupilles normales; pas de troubles de la vision; la peau est froide et sèche; les extrémités un peu froides; douleurs dans les jambes.

Bruits du cœur très lents, mais violents, éclatants, le premier égal au deuxième comme intensité; l'impulsion de la pointe du cœur, entre la cinquième et la sixième côte, est forte; pas de bruits anormaux. Surpris de ne trouver que 25 pulsations, je compte le pouls à deux reprises et je les trouve toujours au nombre de 25, fortes, régulières, sans intermittence.

Le malade dit que la nuit dernière il lui semblait parfois que son cœur s'arrêtait, puis se reprenait à battre rapidement; je n'ai rien constaté de semblable; 20 inspirations; température 36,2. Nous appellerons l'attention sur un symptôme qui a été très pénible, la dysurie. Le malade est obligé d'uriner trois et quatre fois par heure, pour ne rendre, en souffrant beaucoup, que quelques gouttes à la fois. La coloration de l'urine est normale, ambrée.

Prescription : Ipéca, 1 gr. 50; café noir; grogs chauds; sinapismes aux extrémités; potion au tannin; un lavement purgatif pour l'après-midi.

Le soir, 26 pulsations; 22 inspirations; température 36. Le malade a eu 12 vomissements bilieux et 4 selles de même nature. Il a dormi trois heures sans cauchemar, après son vomitif. La soif, les coliques persistent sans ballonnement du ventre. Le malade éprouve une sensation de faiblesse extrême, de l'anxiété précordiale; il a les pupilles légèrement dilatées; il voit les objets penchés, troubles, semés de points brillants; il voit des animaux, souris, chats, marsouins, danser, tournoyer devant ses yeux; une vive céphalalgie frontale, surtout du côté gauche, est venue s'ajouter aux symptômes précédents.

Je lui injecte une seringue de Pravaz d'éther sulfurique au bras droit. Cataplasmes laudanisés sur le ventre.

8 avril. Plus de vomissements, mais persistance de la céphalalgie, de la dysurie et des hallucinations de la vue. Le malade aperçoit du givre brillant scintillant sur toutes les murailles (scotome étincelant); insomnie. Pouls, le matin, à 29; le soir, à 35.

Température 36,6. Soif toujours ardente. Deux verres d'eau d'Hunyadi-Janos; eau sédative sur la tête; sinapisme; injection d'éther.

9 avril. La céphalalgie et les troubles de la vue persistent; le malade n'a pu dormir; les pupilles sont légèrement dilatées; l'insomnie est complète; le malade l'attribue avec colère à un coq qui a chanté toute la nuit; le fait est vérifié; ce n'est pas une hallucination de l'ouïe.

Même traitement. Deux verres d'eau d'Hunyadi-Janos pour demain matin. Injection d'éther. Cataplasmes laudanisés.

9 avril, au soir. Même état. Soif très vive; langue blanche, un peu sèche. Trois selles dans la journée. Le malade se plaint toujours de dysurie et de coliques. Pouls à 40; température 37,8; 24 inspirations. Les hallucinations cessent par moment, pour revenir ensuite. Violente céphalalgie. Les battements du cœur sont toujours violents, mais le deuxième bruit est dédoublé (bruit de rappel). Le malade, qui avait toujours eu de la toux et de la dyspnée avant l'accident, en est complètement débarrassé. L'urine, que était habituellement de 2 litres en vingt-quatre heures, est tombée à trois quarts de litre seulement.

Continuation du traitement; une mouche à la tempe gauche; continuer l'eau sédative, les sinapismes. — Limonade purgative pour le lendemain.

10 avril. Le purgatif a produit 8 selles couleur café au lait; la soif est moins vive, les coliques moins violentes; un litre d'urine par vingt-quatre heures, rendu sans douleur. Malheureusement la céphalalgie est intolérable; n'osant appliquer des sangsues, vu l'état de grande faiblesse du malade, je prescris une mouche de Milan à la tempe gauche; 38 pulsations; température 37. L'anorexie est complète; le malade devra néanmoins prendre du bouillon, du lait, de l'eau rougie.

11 avril. Insomnie complète attribuée par le malade à la céphalalgie. Hier soir, de six heures et demie à neuf heures, il a éprouvé de l'aphasie. « Il savait, il *voulait* bien « fermement ce qu'il voulait dire, mais il ne le pouvait; les mots ne venaient pas. » A dix heures du soir le symptôme a été remplacé par un délire violent avec cauchemars pendant les deux tiers de la nuit. Pupilles dilatées; toujours la perception de paillettes brillantes sur les murs de sa chambre; 38 pulsations. Température 37, 1; soif vive; urine moins abondante, dysurie plus prononcée que la veille. Le malade n'a eu qu'une selle. Les inspirations sont toujours lentes, suspirieuses; après un arrêt, le malade fait une grande inspiration; faiblesse extrême.

Mêmes prescriptions; deux verres de limonade purgative.

12 avril. Le purgatif a produit 4 selles; les coliques ont disparu; la soif reste vive; anorexie. Urines toujours rares; 38 pulsations; 22 inspirations. L'aphasie est revenue hier soir encore à la même heure, ainsi que le délire. Les troubles de la vue cessent pour reparaître de temps à autre.

Prescription: Sulfate de quinine, 0,50 centigr. Vin de quinquina; sinapismes, etc.

13 avril. L'aphasie a cessé à quatre heures du soir; la céphalalgie est moins violente; mais les troubles de la vision sont les mêmes, à des intermittences cependant plus éloignées. M. C... a mieux dormi, mais il a toujours des cauchemars. Il s'est levé et a mangé deux petites soles sans appétit; il reprend de la gaîté. Pouls à 40. Température 37, 2. Le malade est si faible qu'il ne peut se lever de sa chaise; il lui semble qu'il tomberait; ses jambes se refusent à le porter; il a toujours cette sensation de tendance à la syncope.

Continuer le vin de quinquina, les grogs, le café; vin de Banyuls; sinapismes.

14 avril. Un peu d'aphasie encore hier soir. Urines plus abondantes; selles spontanées. La soif diminue; le malade mange, mais sans appétit, des potages et du gigot matin et soir; 36 pulsations seulement; 24 inspirations. Température 37, 4. Même traitement. Sulfate de quinine, 0,60.

15 avril. — L'aphasie a cessé; la céphalalgie a diminué, mais les troubles de la vision sont revenus plus intenses. 38 pulsations. La sécrétion urinaire augmente; l'appétit revient. Le sommeil est bon, les cauchemars ont disparu; mais il voit toujours les objets danser, tourner devant lui. Faiblesse toujours prononcée; impossible de se tenir debout.

Même traitement, y compris 0,60 centigr. de quinine. La céphalalgie, qui avait reparu, a cédé à un bain de pied sinapisé.

16 avril. Plus de céphalalgie, mais persistance des troubles de la vision. Soif encore un peu vive; appétit presque normal; 40 pulsations. Le malade se dit toujours abattu, assommé; il lui semble toujours que son cœur se ralentit.

17 avril. La céphalalgie n'est pas revenue, mais les troubles de la vue persistent; 44 pulsations. Le malade veut sortir, aidé d'un ami, je le lui permets.

19 avril. Il n'y a plus de céphalalgie; l'appétit est bon, la soif est normale; les troubles

de la vue ont cessé momentanément; le malade, que je n'ai pas vu hier 18, a pu rester deux heures dehors. La nuit a été bonne. Je constate toujours le dédoublement du second bruit du cœur.

Le malade, qui jusque-là n'avait pu lire son journal, parce que les lettres étaient *trop grosses, tout de travers et dansaient* devant ses yeux, a pu le lire hier.

21 avril. M. C... a eu hier, à huit heures du soir, un accès de fièvre; frisson suivi de chaleur; il a un peu de bronchite. Le 20, à la même heure, il avait éprouvé les mêmes symptômes. Il a éprouvé des troubles de la vue et des étourdissements tels qu'il serait tombé s'il ne s'était couché; 48 pulsations. Température 37,8. Un peu de dyspnée; toux persistante; râles muqueux. Soif assez vive; l'appétit reste bon. Mêmes symptômes du côté du cœur.

Tisane des quatre fleurs et sirop pectoral; pastilles de kermès; 0,60 centigr. de sulfate de quinine qui produisent un peu de surdité. Sinapismes.

Le 22 et jours suivants, 54 pulsations; toujours le bruit de rappel. Les forces reviennent; les troubles de la vue disparaissent; l'appétit est très bon. Le malade sent les forces lui revenir tous les jours; il sort plusieurs heures dans l'après-midi.

Je l'adresse à notre honoré collègue, M. le docteur Boucheron, afin qu'il puisse se rendre compte des phénomènes curieux que le malade a présentés du côté de la vision, symptômes que je n'ai qu'incomplètement indiqués, et qui sont de la compétence spéciale de notre confrère.

Voilà donc un malade qui, après avoir absorbé une infusion de 40 grammes de feuilles de digitale et être resté vingt-deux heures sans aucun secours, a pu néanmoins guérir.

Ce fait prouve combien parfois les feuilles de digitale peuvent être de mauvaise qualité. En effet, 1000 grammes de feuilles de bonne qualité produisant, d'après Nativelle, 1 gramme de digitaline cristallisée, notre malade eût dû succomber après l'absorption d'une infusion contenant 0,040 milligr. de digitaline.

Les faits de cette nature sont rares. On dit que Dickinson a administré jusqu'à 45 grammes de feuilles en décoction; Trousseau, cité par Bouchardat, en aurait donné tout autant, mais le fait est démenti par notre collègue M. Duroziez, qui réduit cette dose à 15 grammes, dose que le malade de Trousseau a eu la bonne idée de vomir, comme a fait le mien. Ces empoisonnements, avons-nous dit, sont peu fréquents.

Le docteur Lecointe (de Beaurepaire) en cite une observation (1). Le malade, qui faillit mourir après l'injection d'une infusion de 1 gramme de feuilles de digitale additionnée de 12 gouttes d'eau de laurier cerise, présenta, entre autres symptômes, une rétention d'urine complète.

Forget eut à déplorer la mort d'une phthisique à laquelle il avait administré, suivant la méthode de Magannis, 100 gouttes de teinture de digitale en vingt-quatre heures (2).

Le docteur Dubuc a observé un cas d'empoisonnement par l'ingestion de 45 à 50 grammes de digitaline de Homolle (3); le malade guérit.

Mawer (4) rapporte un fait curieux d'empoisonnement. Une dame de 34 ans avala d'un seul coup 56 granules de digitaline de Homolle vers trois heures de l'après-midi; les vomissements ne commencèrent qu'à six heures et demie. La malade n'eut un traitement effectif qu'à onze heures du soir. Elle entrait en convalescence au bout de quatre jours.

Je terminerai en appelant votre attention sur ce fait que les symptômes produits par l'action de la digitale sur le système nerveux, ne se sont produits qu'au bout de quarante-huit heures; jusque-là l'infusion absorbée par mon malade n'avait produit que de l'irritation de l'estomac et de l'intestin; néanmoins, n'ayant pas été appelé immédiatement, je n'ai pu véri-

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1832, p. 49.
(2) *Idem*, année 1848, p. 638.
(3) *Annuaire* de Bouchardat, 1836, p. 122.
(4) *Gazette médicale*, 1880, cité dans l'*Annuaire* de Bouchardat, 1880, p. 136.

fier si, comme Traube l'a établi, les doses élevées et toxiques de digitale ont un effet absolument inverse de ceux que nous connaissons; si, à cette dose, loin de ralentir les battements du cœur, la digitale les accélère; si, loin d'accroître la pression artérielle, elle l'abaisse notablement.

J'ai constaté, dès le lendemain, un ralentissement extraordinaire des battements du cœur et du pouls; mais où la loi de Traube s'est trouvée confirmée, c'est dans la diminution de la sécrétion urinaire, observée et mentionnée du reste par plusieurs auteurs.

L'aphasie, qui n'avait jamais été signalée dans des faits de cette nature, la localisation spéciale de la céphalalgie et surtout les troubles de la vision, m'ont semblé présenter assez d'intérêt pour ne pas laisser tomber cette observation dans l'oubli.

Je joins à cette observation la note que vient de m'envoyer notre collègue M. Boucheron, en attendant un travail plus complet qu'il se propose de faire sur cette observation très intéressante au point de vue des troubles de la vision.

Troubles visuels dans un cas d'intoxication par la digitale.

Les troubles visuels furent de plusieurs sortes. Il y eut :

1° *Une diminution de la puissance visuelle de près ou de loin,* constatée par l'impossibilité de lire un journal, sauf le titre, et l'impossibilité de lire une enseigne de 30 centimètres de haut située à 50 mètres.

2° Une modification dans la vision des couleurs : le malade *voyait vert.*

3° Du vacillement des petits objets; les lettres étaient agitées d'un mouvement (de crible) de va-et-vient.

4° Une certaine déformation des objets, et surtout leur inclinaison d'environ 45° vers la gauche. — Les lettres des enseignes étaient penchées à gauche, et les fenêtres, également penchées, semblaient losangiques.

La durée des troubles visuels fut de quinze jours.

Avant et après, la vision était normale. Aucune lésion de l'œil ne fut observée à l'ophthalmoscope au vingt-quatrième jour.

La pupille droite était, à cette époque, plus étroite que la gauche; elles étaient l'une et l'autre mobiles aux variations lumineuses.

Dernière maladie de M. le comte de Chambord,

Par M. Vulpian.

La santé du prince avait commencé à s'altérer depuis deux ou trois ans; elle avait toujours été bonne, sauf un accident de cheval qui avait déterminé une fracture du col du fémur à 21 ans, et laissé un raccourcissement et un peu d'atrophie du membre.

Il y a quatre ou cinq ans, il s'était soumis au traitement Benting pour diminuer son embonpoint, qui était considérable, et avait maigri de 50 livres en quelques mois; depuis, plusieurs attaques de dyspepsie attribuées à l'abus du tabac, quelques accidents rhumatismaux et goutteux. Quelques troubles cardiaques depuis deux ans.

Le 22 mars, douleur vive à la bonne jambe, en descendant de voiture; *coup de fouet* suivi de phlébite circonscrite du mollet. Depuis, moins d'appétit que de coutume et pesanteurs d'estomac.

Le 13 juin, indigestion avec vomissements et diarrhée; le 15, tout va bien; le 16, nouvelle indigestion, vomissements nombreux, douleur abdominale, flux hémorrhoïdaire abondant. Le 21 mai, M. de Chambord pesait 208 livres; le 19 juin, il avait maigri de 20 livres.

Le 25 juin, constatation d'une tumeur à l'épigastre, confirmée le 27 par MM. Drasche et Mayr, et le 29 par Billroth. Mais elle disparut au bout de quelques jours de phénomènes gastriques aigus qui firent craindre la mort. Le traitement rationnel prescrit par MM. Drasche et Mayr amena ainsi un peu de soulagement.

On demanda alors les conseils de M. Potain qui, ne voulant pas quitter son ami M. Parrot, alors mourant, désigna M. Vulpian à l'entourage du prince, qui le fit appeler à Froshdorff, où il arriva le 15 juillet.

M. Vulpian trouva le malade très faible, mais dans un état moins grave qu'il ne s'y attendait; bouche sèche, soif assez vive, langue blanchâtre, rouge à la pointe et sur les

bords comme le reste de la bouche; déglutition facile quoique un peu douloureuse, léger enrouement, probablement causé par un refroidissement par courant d'air. Pâleur générale, un peu jaunâtre à la face.

A l'épigastre, tuméfaction profonde, assez large, douloureuse à la pression; la palpation fit reconnaître une tumeur mal limitée, siégeant à droite de la ligne médiate, ayant l'étendue de la paume de la main. Rien d'autre dans l'abdomen; foie un peu plus petit, rate un peu plus grosse que l'état normal. Quelques intermittences cardiaques; rien aux poumons. Œdème de la partie inférieure des jambes.

L'ingestion des aliments provoquait des douleurs qui survenaient dix ou quinze minutes après, augmentaient peu à peu d'intensité, puis diminuaient de même; les vomissements survenaient lorsque la douleur était très intense, ou plus tard; souvent le matin à jeun il y avait des vomissements muqueux; jamais de sang. Fonctions intestinales paresseuses; miction normale; un peu d'albumine dans l'urine.

Après un nouvel examen fait en présence de MM. Drasche et Mayr, le diagnostic suivant fut posé : cancer de l'estomac, en plaque, à une certaine distance de l'orifice pylorique; surcharge graisseuse du cœur; lésions athéromateuses des artères; légère néphrite interstitielle. Ce qui fit pencher encore en faveur du diagnostic « cancer de l'estomac », en dehors de la tumeur épigastrique, ce fut le souvenir d'un fait bien connu des personnes de l'intimité du prince : son oncle, le duc d'Angoulême, était mort de cette affection. Cependant quelques doutes restaient en faveur de l'existence d'une gastrite phlegmoneuse.

Le traitement fut la diète exclusivement lactée, et des pilules de bichromate de potasse.

Après quelques jours d'indécision, il y eut une amélioration marquée du 20 juillet au 8 août. On avait augmenté peu à peu l'alimentation. Dans la nuit du 8 au 9, les vomissements, qui avaient cessé depuis une quinzaine de jours, reparurent; les accidents aigus se manifestèrent de nouveau, et la mort eut lieu le 24.

Les incisions nécessaires pour l'embaumement firent découvrir que la tumeur épigastrique était constituée par le mésentère épaissi, adipeux, et un assez grand nombre de ganglions lymphatiques hypertrophiés et enflammés, non cancéreux. Inflammation locale du péritoine. — Congestion hypostatique du poumon droit. — Cœur couleur feuille morte, flasque; pas de lésions des valvules. — Aorte parsemée de petites plaques athéromateuses.

La lésion capitale, qui remplit tous les assistants de surprise, siégeait dans le cinquième inférieur de l'œsophage. Plusieurs ulcérations de dimensions variables se trouvaient dans cette région; elles avaient détruit toute la muqueuse et avaient mis la tunique musculaire à nu; bords taillés à pic ou en biseau; quelques-unes présentaient un commencement de cicatrisation. Rien dans la partie supérieure de l'œsophage.

L'estomac présentait l'aspect du catarrhe chronique; près du pylore, quelques petites ulcérations dont une seule avait l'aspect de celles de l'œsophage.

Rien d'anormal dans l'intestin ni dans le foie. Faible degré de néphrite interstitielle.

Ces constatations rapidement faites, on termina l'embaumement.

Il n'y avait donc pas de cancer de l'estomac, comme on l'avait cru, mais des ulcérations multiples et très étendues de la partie inférieure de l'œsophage, dont rien pendant la vie n'avait fait soupçonner l'existence. Tous les symptômes étaient, en effet, en faveur d'une affection de l'estomac, et aucun n'indiquait une affection de l'œsophage. L'erreur de diagnostic était donc complète, mais on peut dire avec M. Vulpian que si pareil cas se présentait de nouveau, avec les mêmes caractères, il est à croire qu'on la commettrait encore.

M. Vulpian discute les causes de cette erreur, et les hypothèses sur la cause qui a pu amener les ulcérations de l'œsophage : néoplasme, inflammation catarrhale ou sous-muqueuse, par corps étrangers ou substances toxiques, par athérome artériel, et se prononce en faveur de cette dernière hypothèse; l'ulcération aurait eu lieu alors par un processus analogue à celui qui détermine le plus souvent l'*ulcère rond* de l'estomac; toutefois, il fait des restrictions basées sur ce fait que l'examen des lésions à l'œil nu a été un peu trop rapide, et qu'il n'y a pas eu d'examen microscopique.

C'est à ces ulcérations qu'il faut rapporter l'hypertrophie ganglionnaire qui a fait apparaître une tumeur à l'épigastre et fait croire à un cancer de l'estomac. Rien ne pouvait faire soupçonner l'affection de l'œsophage, mais quand même on l'eût reconnue, on eût été amené forcément à conclure qu'elle était de nature cancéreuse, et que c'est à ce titre qu'elle avait produit l'hypertrophie ganglionnaire en question.

L'amélioration qui s'est manifestée à la suite du régime lacté pur aurait pu faire croire à l'existence d'un ulcère simple de l'estomac, mais l'aggravation qui a été terminée par

la mort aurait ramené les idées vers le cancer. Quant à cette aggravation, M. Vulpian est porté à croire qu'on n'a pas suivi assez longtemps le régime lacté, et que l'alimentation trop abondante qu'on a permise au malade a provoqué une recrudescence de l'affection gastrique, l'intolérance de l'estomac pour tout aliment, et la mort par alimentation insuffisante. Sans cette rechute, M. Vulpian pense toutefois que, en supposant même la guérison des ulcérations de l'œsophage et de l'estomac, « la vie n'aurait pu durer longtemps, menacée qu'elle était sans cesse par les accidents que peuvent déterminer l'athéromasie artérielle ou la dégénérescence graisseuse du cœur. » (*Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.*, 14 sept. 1883.)

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

Indes. — Pendant que l'épidémie d'Egypte s'éteint rapidement, le choléra fait des victimes chaque jour plus nombreuses à Bombay.

D'après le bulletin de la santé publique de cette ville, du 10 au 17 juillet, on comptait 37 décès pour 445 cas déclarés; du 17 au 24, 49 décès et 521 cas; et du 24 au 31, 101 décès et 593 cas. La morbidité augmentait donc en même temps que la mortalité; l'aveu des autorités sanitaires des Indes est précieux; il démontre que, sous la pression de l'opinion publique, elles sont obligées de reconnaître le caractère épidémique de la maladie.

Ce demi-aveu aurait pour objet, si nous en croyons un médecin bien informé, de prévenir l'adoption par le Conseil sanitaire d'Alexandrie d'une proposition déjà faite, et ayant pour but de soumettre les provenances des Indes à une observation permanente. L'endémicité du choléra à Bombay motiverait suffisamment cette mesure; en tout cas, plus prévoyant des intérêts commerciaux de la Grande-Bretagne que soucieux de la santé publique en Orient et en Occident, le Conseil sanitaire des Indes espère ainsi subordonner la surveillance des provenances indiennes a ses propres déclarations.

Voilà pourquoi les chiffres de la morbidité et de la mortalité cholériques, à Bombay, ont une valeur plus commerciale que clinique. — L. D.

JOURNAL DES JOURNAUX

L'anatomie pathologique de la paralysie musculaire pseudo-hypertrophique, par Schultze. — Les conclusions du professeur de Heidelberg sont surtout négatives; il s'est appliqué à démontrer le manque de fondement de l'opinion de Pekelharing, qui a soutenu l'origine spinale de l'affection. Celui-ci avait signalé entre autres les lésions suivantes : destruction du canal épendymaire, disparition de groupes cellulaires dans la substance grise à gauche, dilatation des vaisseaux de cette substance grise, diminution du nombre des cellules dans les groupes antérieurs et médians des cornes antérieures, leur absence complète dans une coupe de la moelle, etc. — D'après Schultze, ce sont là des résultats qui n'accusent rien moins qu'un état pathologique du névraxe, lequel, normalement, présente, chez différents sujets, des différences de structure. D'accord avec Hierzon, Charcot, Cohnheim, Brieger, l'origine médullaire de la paralysie pseudo-hypertrophique ne lui est pas démontrée. (*Wirchow's Arch.*, 1882. B. 90, 1er f.)

La circulation dans les membres inférieurs, par Maas. — Braune avait prétendu que la ligature de a veine fémorale au-dessus de l'abouchement des vaisseaux profonds et de la saphène interne était suivie inévitablement de la gangrène du membre, et que la blessure de cette veine en cet endroit indiquait formellement la ligature de l'artère. Les expériences de Cohnheim contredisent cette manière de voir, que celles de Kraske ont cependant partiellement corroborée. Les deux faits de Maas, bien que ne tranchant pas la question, ne confirment pas les idées de Braune. 1° Homme de 49 ans, amputé de la verge à la symphyse, pour carcinome. Récidive quatre mois après, avec adénite spécifique volumineuse, confinant à l'artère fémorale droite. Extirpation de ces ganglions; on dut lier deux fois la veine fémorale, une fois à l'abouchement de la saphène, une deuxième fois au ligament de Poupart. 2 ou 4 centimètres de la veine furent réséqués. Le membre, d'abord cyanosé, et d'une température plus élevée de 2° que le membre gauche, avait repris, après quelques heures, sa température et sa coloration normales. Douze jours après l'opération, hémorrhagie artérielle dans la plaie; ligature de l'artère fémorale au-dessous de l'arcade. Gangrène du pied et de la jambe. Deux jours plus tard, nouvelle hémorrhagie artérielle; nouvelle ligature de l'artère. Mort le même jour. A

l'autopsie, thrombose compacte de la veine fémorale; tuberculose miliaire des poumons, du foie et de l'intestin.

2° Ligature de la saphène interne, tout près de la veine fémorale, pendant l'extirpation de ganglions enflammés; ligature double. Membre d'abord cyanosé; le lendemain, de couleur normale; sa température surélevée de 2°; normale au bout de six heures. Guérison complète après cinq semaines. (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, 1882, p. 197).

Tubercule du cœur chez un enfant, par Hirschsprung. — Il s'agit d'un enfant de 8 ans présentant une forte fièvre, de la toux, de l'accélération de la respiration et se plaignant d'une violente douleur sternale. A l'auscultation, on entendait des râles sous-crépitants à gauche, au-dessous de l'omoplate et sous l'aisselle. Battements cardiaques tumultueux, choc de la pointe perçu avec force. La matité s'étendait, la veille de la mort, entre la deuxième côte, la ligne axillaire antérieure et le bord du sternum. Le foie très développé. La mort survint par œdème pulmonaire, au milieu de la dyspnée et avec cyanose.

L'autopsie révéla l'existence d'une tuberculose pulmonaire miliaire aiguë; de la caséification des ganglions bronchiques, et un gros tubercule du cœur gauche. Du volume d'une noix (5 centim. sur 3), il était inséré sur la paroi interne du ventricule gauche, à 2 centimètres au-dessous des valvules aortiques et dans l'angle du septum. La plus grande partie flottait librement dans la cavité, sa base repoussait le septum dans la cavité ventriculaire droite rétrécie de ce fait. L'oreillette droite un peu dilatée. Tubercules miliaires sur le péricarde; mais l'endocarde revêtait intact et intégralement la production tuberculeuse jaunâtre, assez résistante et granuleuse à la coupe. (*Iahrb. f. Kind. Heilk.*, 1882, p. 283).

Hémorrhagie du thymus, par Raudnitz. — Deux observations recueillies à la clinique des Enfants-Trouvés de Prague sur des enfants nés avant terme. Les deux sujets étaient suspects de syphilis. L'hémorrhagie thymique du nouveau-né peut encore reconnaître pour cause l'hémophilie, un obstacle mécanique, la septicémie. Cet accident ne diffère pas essentiellement, dans sa cause organique, du processus des abcès thymiques de Paul Dubois, ou des kystes syphilitiques du thymus décrits par Bednar. L'hygiène perfectionnée des hôpitaux d'enfants réduit de plus en plus le chiffre des décès par hémorrhagie. La statistique pour 1,881 de ces établissements le montre d'une façon évidente. (*Arch. f. Kindheilk.*, 1883, n° 4).

R. Longuet.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 mai 1883. — Présidence de M. Reliquet.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend : l'envoi par le ministère du commerce d'une brochure ayant pour titre : *Rapport sur le système Berlier pour la réception et l'élimination des matières de vidanges*, par M. Rousselle; la *Revue des travaux scientifiques*, le *Progrès médical*, le *Concours médical*, le *Journal d'hygiène*, le *Journal des sages-femmes*, la *Gazette médicale*, la *Revue de thérapeutique*, les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, première année, t. I, n° 6.

La correspondance manuscrite comprend deux lettres de M. de Beauvais, la première en réponse à une lettre que M. le Président lui écrivait pour lui exprimer ses regrets et ceux de la Société de la détermination qu'il avait prise en donnant sa démission de secrétaire général, et par laquelle il maintient sa démission.

La seconde, que M. le Président vient de recevoir au début de la séance et dans laquelle M. de Beauvais se met à la disposition de la Société jusqu'à ce que le nouveau secrétaire général soit nommé, en faisant observer que, d'après les règlements de la Société, le renouvellement des membres du bureau ne doit avoir lieu qu'à la fin de l'année, dans la première séance du mois de décembre.

M. Duroziez demande la lecture des statuts.

M. le Président donne lecture de l'article cité par M. de Beauvais. Mais il n'est pas question dans cet article de la disparition d'un des membres du bureau soit par démission, soit par décès. Il est évident que, dans le cas présent, il y a lieu d'intervenir. Il y a

du reste des précédents. M. le Président consulte donc la Société et lui demande si elle entend maintenir l'ordre du jour voté dans la séance précédente.

La Société, à l'unanimité, maintient son ordre du jour.

Il va donc être procédé à l'élection d'un secrétaire général.

—

M. Dubrisay lit une note sur *Quelques troubles du système nerveux chez les enfants.* (Voir le dernier numéro.)

DISCUSSION

M. Dubuc : J'ai eu, il y a plusieurs années, l'occasion d'observer le ténia chez deux de mes amis. Après que le ténia eut été expulsé, je fus étonné de voir les troubles nerveux qu'ils présentaient auparavant, accompagnés d'hypochondrie, persister pendant plusieurs mois. Les phénomènes nerveux avaient au contraire augmenté d'intensité.

M. Antonin Martin : J'ai fait expulser un ténia qui avait donné lieu à des accidents nerveux très sérieux. Après l'expulsion il s'est produit des hémorrhagies, des taches de purpura et l'état du sujet s'est considérablement aggravé. Un confrère qui a été à même d'observer ces phénomènes a trouvé le cas très grave, et, en effet, la mort est survenue peu de temps après.

M. Delasiauve : Il y a quelques années, dans mon service, j'ai eu une malade atteinte d'épilepsie; elle chantait, riait et donnait des signes évidents de troubles de l'intelligence. Un matin, une personne remarque qu'elle avait rendu des fragments de ténia. J'administre du cousso et elle rend une grande partie de son ténia. Malgré cela les troubles de l'esprit et les accidents nerveux persistèrent. Ces phénomènes sont très fréquents.

J'eus, en province, l'occasion de soigner un enfant pour une pneumonie du côté gauche. Les phénomènes inflammatoires se dissipèrent, mais la fièvre persistait. Tout à coup les accidents redoublent du côté même où la pneumonie avait existé. Je fais l'application d'un vésicatoire, mais subitement l'enfant vomit de 7 à 8 vers. Après ce vomissement il fut débarrassé de ses douleurs. On voit des phénomènes extraordinaires produits par la présence des vers intestinaux. Un jour un jeune homme, garçon de ferme, tombe malade avec tous les symptômes d'une fièvre typhoïde intense. Le lendemain, après avoir rendu plus de cent vers, il est immédiatement guéri.

M. Abadie : Je voudrais dire un mot au sujet de la communication de M. Dubrisay et des phénomènes qu'il a observés chez son malade. Chez de jeunes sujets, toutes les fois qu'on se trouve en présence de phénomènes insolites, il faut se méfier. Je viens de voir, aujourd'hui même, à ma clinique, une fillette qui avait mal aux yeux. Depuis trois semaines, elle présentait des signes de conjonctivite. Je renverse le cul-de-sac inférieur et je trouve une masse grisâtre que j'enlève. C'était une boulette de papier. Interrogée, elle nie, pleure, mais enfin finit par avouer que tous les jours elle mettait dans son œil une boulette de papier pour ne pas aller à l'école.

Il y a quelque temps, une dame d'un certain âge m'amenait sa fille qui avait, depuis quelques jours, complètement perdu la vue de l'œil droit. Je ne découvre rien d'anormal dans cet œil, la pupille se contractait sous l'influence de la lumière. Pensant à un trouble hystérique, je soupçonne la simulation. Grâce à des tableaux et à des verres colorés, nous pouvons nous apercevoir de la fraude sans que les sujets s'en doutent. Au moyen de ce procédé, je pus me convaincre que la jeune fille y voyait. Je pris la mère à part et lui dis ce que je venais de découvrir. La dame se fâcha et sortit furieuse. Deux jours après, elle revint et me fit des excuses. Sa fille lui avait tout avoué.

Chaque fois que je vois pareille chose, je me méfie. En présence de ce qui s'est passé après la visite de son confesseur, je me demande si l'imagination, chez ce jeune malade de M. Dubrisay, n'a pas joué un grand rôle.

M. Christian : Je suis de l'avis de M. Abadie pour un grand nombre de cas, mais, dans celui de M. Dubrisay, la simulation me paraît difficile à admettre. Elle est du reste moins fréquente chez les garçons que chez les filles. Il y a eu des vomissements, de la céphalalgie, de la perte de la mémoire, qui me feraient croire qu'il s'agit d'une crise de délire épileptique. Ce jeune homme, étant enfant, a-t-il eu des absences, des pâleurs subites, des convulsions, a-t-il uriné dans son lit?

M. Dubrisay : Il n'a jamais quitté ses parents, qui n'ont, du reste, rien remarqué de semblable. Je n'ai pas posé la question pour savoir s'il urinait dans son lit, mais on me l'aurait dit. C'est un travailleur toujours en tête de sa classe. Depuis quelque temps, il paraissait fatigué. Cet enfant ne demeure pas dans l'appartement de ses parents, il

habite à l'étage supérieur et souvent il restait plus longtemps à travailler que son père ne le croyait, quelquefois jusqu'à minuit ou une heure du matin. Cependant, à son âge, il n'y a là rien d'extraordinaire. Deux jours avant de tomber malade, il a eu une vive émotion. Il est allé au théâtre de l'Opéra-Comique où l'on donnait *Lackmé*. Après la représentation, il a été très surexcité. Cependant, deux jours après, étant malade, il n'en a pas été question dans son délire. Il ne paraissait plus frappé de cette représentation. Je serais assez disposé à rattacher cette crise à l'épilepsie.

M. Christian : N'y a-t-il pas d'onanisme?

M. Dubrisay: Je n'en sais rien, je ne le crois pas.

M. Onimus: A propos de simulation, dans un certain nombre de cas, j'ai vu des phénomènes très curieux. Entre autres, chez une jeune fille qui avait une chute de la paupière, me doutant qu'il y avait simulation, j'engageai les parents à la faire promener sur les boulevards et à s'arrêter devant les magasins de bijouterie. Ils s'aperçurent, grâce à ce stratagème, qu'elle ouvrait parfaitement les yeux.

M. Charpentier: Je suis assez porté, dans le cas de M. Dubrisay, à repousser l'idée d'épilepsie. Il n'y aurait, en faveur de cette hypothèse, à tenir compte que des douleurs de tête, de l'amnésie, de la perte de sommeil qui appartiennent surtout au délire épileptique. Il est une autre série de faits sur lesquels je désire appeler l'attention. Lorsque l'on a l'occasion d'examiner un aliéné, certaines personnes vous disent qu'à une époque quelconque de sa vie cet aliéné a présenté des troubles cérébraux et qu'ensuite tout est rentré dans l'ordre. Il y a une catégorie d'aliénés, dits aliénés héréditaires, qui présentent des phénomènes de la même nature que ceux qu'on a observés chez ce jeune homme. A mon avis c'est d'un pronostic fâcheux pour l'avenir.

M. Thorens : Ne s'agirait-il pas ici de ces céphalées qui existent souvent chez les enfants. Je me demande si le cas de M. Dubrisay ne pourrait pas être considéré comme un cas de ce genre à un degré supérieur?

M. de Ranse offre à la Société un opuscule où il a résumé ses observations et ses études sur les eaux de Néris.

Election. — On procède au dépouillement du scrutin ouvert depuis le commencement de la séance pour l'élection du secrétaire général en remplacement de M. de Beauvais, démissionnaire.

27 votants: M. Thorens obtient 24 voix ; M. Thevenot obtient 2 voix ; un bulletin blanc.

M. Thorens est élu secrétaire général de la Société de médecine de Paris pour la fin de l'année courante et les trois années suivantes.

M. Duroziez donne à la Société lecture d'une communication sur le *diagnostic des bruits organiques et inorganiques du cœur.*

— La séance est levée à cinq heures trente-cinq minutes

Le secrétaire annuel, docteur Fauquez.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 7 au 13 septembre 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 910. — Fièvre typhoïde, 36. — Variole, 5. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 25. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 1. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 37. — Phthisie pulmonaire, 167. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 68. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 40. — Bronchites aiguës, 16.— Pneumonie, 28. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 85; au sein et mixte, 50; — inconnues, 10.—Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 89; circulatoire, 58; respiratoire, 43; digestif, 42; génito-urinaire, 22; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulat. et muscles, 8. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 1.

Résumé de la 37e semaine. — La mortalité parisienne est de plus en plus faible. 910 décès seulement ont été notifiés cette semaine au service de statistique. Ce chiffre est encore inférieur à celui que nous constations la semaine dernière (929) et qui était le plus faible qu'on eût observé depuis le commencement de l'année.

De même que la semaine dernière, nous voyons toutes les maladies épidémiques et saisonnières, sauf l'Athrepsie des jeunes enfants, concourir à cet heureux résultat.

Si l'on compare le nombre des décès qu'elles ont causés aux chiffres de la semaine

précédente, on constate une légère amélioration pour la Fièvre typhoïde (36 décès au lieu de 40), pour la Coqueluche (11 décès au lieu de 15), pour la Méningite (37 décès au lieu de 43) et pour la Pneumonie (28 décès au lieu de 37).

Au contraire la Variole, qui n'avait causé que 2 décès la semaine précédente, en a déterminé 5 pendant la semaine actuelle. 3 de ces décès se sont produits dans le quartier de la *Plaine-Monceau*; un petit foyer épidémique a été constaté par un médecin traitant dans une maison de ce quartier.

Les autres maladies épidémiques ou saisonnières sont restées à peu près stationnaires: telles sont Rougeole (16 décès au lieu de 17), la Scarlatine (point de décès au lieu de 1), la Diphtérie (25 décès au lieu de 27), l'Erysipèle (1 décès au lieu de 2), l'Infection puerpérale (2 décès au lieu de 5); enfin la Bronchite aiguë (16 décès au lieu de 13).

L'Athrepsie des enfants du premier âge est la seule maladie saisonnière qui soit en ce moment fréquente à Paris. Cette maladie, toujours fréquente en été, et surtout à la fin de l'été, a causé cette semaine 145 décès (au lieu de 154 la semaine dernière). Sur ce grand nombre de décédés, 16 seulement avaient dépassé la première année de vie.

406 mariages et 1174 naissances (596 garçons et 578 filles) ont été notifiés au service de statistique. Parmi les naissances, 872 étaient légitimes et 302 illégitimes dont 62 reconnues immédiatement par l'un des parents au moins.

Dr Jacques BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'OTITE CATARRHALE. — Ladreit de Lacharrière.

Chez le nouveau-né, dont l'otite catarrhale est plus sérieuse que chez l'enfant plus âgé ou que chez l'adulte, appliquer des cataplasmes sur le pavillon, et injecter dans le conduit auditif de la décoction de tête de pavot, aussi chaude que possible. Dès que le flux catarrhal est établi, pratiquer des injections avec la décoction de pavot additionnée d'une petite quantité de borax. Pour combattre la douleur, introduire dans la conque du coton imbibé d'huile morphinée, et quand la douleur sera apaisée, remplacer la décoction de pavot par une solution de chloral au centième, qu'on injecte chaude et lentement, à l'aide d'une petite seringue. Enfin, lorsque la douleur a complètement cessé, badigeonner, après chaque injection, avec un mélange au vingtième, de glycérine et d'alun.

Pour l'enfant plus âgé et pour l'adulte, appliquer derrière l'oreille et sur l'apophyse mastoïde, une mouche de Milan, qu'on laissera agir 2 ou 3 jours; huile de ricin ou eau magnésienne naturelle, tous les 2 ou 3 jours. Si la douleur revêt la forme névralgique rémittente, valérianate d'ammoniaque une ou deux fois par jour. Enfin, dans la forme chronique, balsamiques à l'intérieur, injections répétées avec la décoction de feuilles de ronces additionnée de borax, ou injections d'eau chloralée à 15 et 20 pour cent. — N. G.

COURRIER

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Gaillardot-bey, ancien médecin sanitaire de France en Egypte, ancien directeur de l'Ecole de médecine de Kasr-el-Aïn, décédé à Bhamdoun (Mont-Liban) le 17 août 1883, à l'âge de 70 ans; — celle de M. le docteur Socquet, ancien médecin des hôpitaux de Lyon, ancien professeur à l'Ecole de médecine; — et celle de M. Barrère, externe à l'hôpital de la Pitié.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

BULLETIN

Les médicaments et les drogues sont, par le temps qui court, expérimentés, préconisés, répandus à profusion, vendus et ingurgités sans mesure ; un petit nombre surnagent, mais tous ont leur jour de faveur.

Il n'en va pas de même des méthodes ou des procédés qui ne tiennent pas tout entiers dans un julep, et ne se résument pas dans une formule de trois lignes, mais demandent un peu d'attention au médecin qui veut d'abord les comprendre et ensuite les appliquer. Aussi les traitements nouveaux, lorsqu'ils offrent ces caractères, ont-ils toujours beaucoup de peine à pénétrer dans la pratique.

Ils ont moins de peine cependant à gagner les suffrages que les traitements tombés en désuétude et qu'on cherche à remettre en honneur, ceux-ci ayant contre eux l'opinion banale exprimée dans tous les livres, dans toutes les compilations où s'instruisent les contemporains, opinion que les auteurs de manuels et de traités élémentaires répètent sans compétence et propagent en se copiant les uns les autres.

Et pourtant il en est, parmi ces traitements renouvelés, qui méritent d'attirer l'attention. Nos lecteurs ont pu en voir un exemple dans le mémoire que l'*Union Médicale* publie en ce moment sur l'emploi du caustique Filhos dans les maladies utérines. Ils ont appris, en lisant ce travail, que le jugement sommaire, porté dans les traités actuels de gynécologie sur ce procédé de cautérisation, n'est pas sans appel, et qu'un traitement, qui s'est montré aussi constamment efficace pendant de longues années entre les mains d'un observateur exact et consciencieux, est appelé sans nul doute à rendre des services.

Pour nous qui, à la suite de l'auteur vénéré de ce mémoire, avons souvent appliqué le caustique Filhos aux diverses formes de l'engorgement utérin, nous accueillons avec plaisir les témoignages qui peuvent aider à sortir de l'oubli un procédé certainement efficace, et dont le moindre mérite est de beaucoup simplifier tout un chapitre de la thérapeutique utérine.

Déjà, dans l'*Union Médicale* du 4 septembre (p. 394), on a pu voir l'opinion formellement exprimée par M. le docteur Dimey, de Montigny-sur-Aube, qui emploie le caustique Filhos depuis plus de vingt-cinq ans dans les affections de l'utérus, et qui en a toujours obtenu d'assez beaux résultats pour n'avoir jamais eu besoin du cautère actuel. Aujourd'hui, c'est M. le docteur Dujardin père, de Lille, qui nous écrit en ces termes :

« L'*Union Médicale* publie une série d'articles très intéressants ayant pour but de démontrer l'efficacité du caustique Filhos (caustique de Vienne solidifié) dans les cas d'engorgement du col utérin. L'auteur passe en revue les différents caustiques employés contre cette affection : cautère actuel, chlorure de zinc, nitrate acide de mercure, pierre infernale, chlorure d'antimoine, caustique de Vienne en poudre, caustique Filhos, et il conclut à la supériorité de ce dernier sur tous les autres.

« Je ne viens pas infirmer cette conclusion. Je n'ai jamais fait usage du caustique Filhos pour combattre l'engorgement du col utérin; mais, ayant souvent employé avec succès le caustique de Vienne ordinaire depuis 1864, époque de la publication en France du *Traité pratique de l'inflammation de*

l'utérus, par Bennett, je désire faire connaître le mode d'emploi que j'ai adopté et qui m'a parfaitement réussi.

« On fait, avec l'alcool et le caustique de Vienne en poudre récemment préparée, une pâte assez consistante qu'on enferme dans une étoffe en coton mince et claire, telle que tarlatane, tulle, mousseline à cataplasme, et on la maintient agglomérée en faisant quelques tours d'un bout de fil, de manière à former un petit tampon de pâte de Vienne. Le volume du tampon varie de un à deux centimètres de diamètre, suivant le volume du museau de tanche à cautériser. Le tampon préparé de la sorte est fixé à l'extrémité d'une tige quelconque, porte-plume, crayon, etc.

« Le spéculum étant mis en place, on applique le tampon sur le col et on le laisse agir cinq ou six minutes, pendant lesquelles on le retire une ou plusieurs fois pour l'essuyer. On essuie en même temps, au moyen d'une boulette d'ouate tenue par une pince à polypes, l'orifice utérin, par où se fait assez fréquemment un écoulement sanguin et muco-purulent qui pourrait nuire à l'effet du caustique. »

Le *modus faciendi* indiqué dans ces quelques lignes pour rendre facile et inoffensive l'application de la pâte de Vienne, nous paraît ingénieux et d'une heureuse simplicité. Il semble assez bien répondre aux indications par lesquelles furent guidés Amussat et Filhos. A ce titre, nous réclamons le procédé de notre distingué confrère de Lille comme un témoignage en faveur de nos idées; car on peut considérer cette manière d'enfermer la pâte « assez consistante » sous une forme et un volume déterminés, comme une *solidification extemporanée* du caustique de Vienne. — L.-G. R.

Hôpital Bichat. — Service de M. F. Terrier.

Kyste de l'ovaire droit. — Ovariotomie. — Tétanos. — Mort.

La nommée V... (Camille), âgée de 43 ans, journalière, entre à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Terrier, le 16 avril 1883.

Cette malade entre pour être opérée d'une tumeur de l'abdomen.

Antécédents. — N'a jamais fait de maladie grave ; pas de fièvre typhoïde, pas de fièvres éruptives, pas de manifestations strumeuses dans son enfance. Elle a été réglée à 13 ans, sans grandes souffrances ; la menstruation s'est établie convenablement dès le début, et depuis il n'y a eu aucun trouble de ce côté, très peu de pertes blanches. La malade, qui n'a jamais fait de fausses couches, a eu un premier enfant à 26 ans, ses couches ont été normales ; un deuxième enfant à 32 ans, l'accouchement a été aussi normal.

En janvier 1881, Mme V... constata que son ventre était devenu gros ; elle se croyait enceinte de 4 à 5 mois ; elle grossit jusqu'au mois d'août, sans grandes douleurs, continuant à faire son pénible métier de femme de charge.

A cette époque (août 1881), le volume du ventre était devenu énorme, et l'on fit une ponction qui donna issue à 18 litres d'un liquide brun verdâtre. Les suites de cette ponction furent très favorables, et, au bout de quelques jours, la malade put reprendre ses occupations.

Jusqu'en mars 1882, le ventre recommence à grossir peu à peu ; à cette époque Mme V... consulta un médecin qui, dans le but de « faire fondre la tumeur » et d'arrêter la production de liquide, pratiqua dans le flanc gauche des injections interstitielles de teinture d'iode. Cette médication ne produisit aucun résultat, si ce n'est que la malade ressentit des douleurs plus vives dans le ventre. On l'adresse alors à M. le professeur Depaul, à l'hôpital des Cliniques, remplacé alors par M. Charpentier. Après examen, ce dernier conclut à l'existence d'une tumeur ovarique, et fait passer la malade dans le service de M. Périer, à l'hôpital Saint-Antoine. C'est de ce dernier hôpital qu'elle nous est adressée.

Etat actuel. — Mme V... est bien constituée, un peu amaigrie et anémique ; pas de bruits de souffle au cœur ni dans les gros vaisseaux ; elle se plaint surtout du volume du ventre qui la gênait pour travailler, car les douleurs étaient à peu près insignifiantes.

A l'examen, on trouve l'abdomen développé symétriquement en forme de poire : la circonférence au niveau de l'ombilic est de 123 centimètres.

La peau est lisse, tendue et offre quelques vergetures ; pas de dilatation des vaisseaux sous-cutanés; pas de varices lymphatiques.

A la percussion, on trouve une zone de matité très étendue remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic; la limite supérieure est une ligne à convexité regardant en haut et s'enfonçant dans les fosses iliaques et les deux flancs. La sonorité intestinale n'apparaît que dans la partie postérieure, au-dessous du foie à droite et dans l'hypochondre à gauche. Les changements de position de la malade n'influent pas sur la situation relative des zones de sonorité et de matité.

A la palpation, sensation de flot très nette allant d'un côté à l'autre de la tumeur et de haut en bas; cette fluctuation se perçoit jusque dans les flancs.

Toucher vaginal. Le col est un peu remonté, appliqué contre le pubis et un peu tourné à droite, le corps est donc dirigé à gauche, refoulé par la tumeur. Le cul-de-sac postérieur est abaissé et en partie comblé par la tumeur; pas de douleur à la pression; les autres culs-de-sac sont libres.

En somme, on diagnostique l'existence d'un kyste uniloculaire de l'ovaire droit.

Les fonctions digestives se font bien, la miction aussi; les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

La malade a eu ses règles pour la dernière fois il y a quatre mois.

L'*opération* est pratiquée le 2 mai 1883 par M. Périer, aidé de MM. Terrier, Just Championnière et Berger.

Chloroformisation rapide.

L'incision de la paroi abdominale occupe 12 centimètres environ; pas de vaisseaux importants à pincer. Le kyste mis à nu par la ponction, on évacue 26 litres d'un liquide verdâtre, peu filant.

Chemin faisant, on rompt des adhérences : à droite, deux avec l'épiploon, une avec l'appendice iléo-cœcal; à gauche, deux autres, l'une avec l'épiploon, l'autre avec l'S iliaque.

Le *pédicule* est formé à droite et lié à l'aide de deux fils de soie entrecroisés. A gauche, on remarque une injection, une vascularisation et un épaississement remarquables de la paroi du kyste. C'est là qu'avaient été pratiquées les injections de teinture d'iode.

Au fond du bassin, on trouve une adhérence solide du kyste avec le fond de l'utérus, près de sa face postérieure; il faut la sectionner au bistouri. Cette adhérence donne lieu à un écoulement de sang assez abondant qui tombe dans le petit bassin. La toilette du péritoine est assez longue.

On découvre ensuite sur l'ovaire gauche un kyste gros comme une petite orange; deux ligatures en croix sont appliquées sur le pédicule de ce côté.

Les ligatures laissées dans l'abdomen étaient en tout au nombre de huit. Sept points de suture profonde.

L'opération, qui avait en tout duré une heure, avait été faite selon les règles de la méthode listérienne.

Dans la journée, prostration marquée, pas de douleurs dans le ventre, pas de nausées ni de vomissements. La malade ne prend qu'un peu de glace. Le soir, T. 39°2, P. 110. Sondée deux fois : urine normale 100 gr.

3. La nuit a été assez bonne grâce à trois piqûres de morphine, de un tiers de seringue chaque (solution au 100e de chlorhydrate de morphine). Quelques nausées; la malade se plaint un peu du ventre. Glace, eau de Vichy. T. 38°; P. 90.

Soir. La malade a eu deux vomissements verts dans la journée; elle se plaint un peu du ventre. Piqûre de morphine; eau de Vichy; champagne glacé. Le facies n'est cependant pas altéré.

4. Les règles, qui n'étaient pas apparues depuis plusieurs mois, sont survenues cette nuit. Il y a eu encore des vomissements, dont un porracé. La douleur de ventre a diminué. T. 37°6.

Soir. Quelques vomissements muqueux dans la journée. La malade se sent mieux. Même régime. T. 38°2. P. 104.

5. La nuit a été plus calme que les précédentes; la malade a dormi huit heures consécutives. Pas de douleur de ventre. Hier soir, elle a rendu des gaz en abondance par l'anus. La malade se sent bien et voudrait manger. T. 37°4. P. 78. Les règles continuent.

Soir. Cet état excellent continue. La journée s'est bien passée. Pas de douleurs de ventre. T. 38°4.

6. La nuit a été un peu moins bonne; douleurs dans le ventre; insomnie; la température est aussi élevée qu'hier soir : 38°4. Purgation à l'huile de ricin.

Soir. Amélioration. Douleurs moins vives. T. 37°8. La malade s'est trouvée mieux dans la journée.

7. Nuit bonne; a dormi sans piqûre. Ce matin, la température est de 37°5. La malade a pris un peu de café au lait. Pas la moindre douleur de ventre.

Dans la journée, M. Périer vient enlever les fils et refaire le pansement. Il ôte trois fils; la réunion est parfaite de haut en bas. C'est le sixième jour de l'opération.

Soir. Température normale. La malade n'a pas souffert des manœuvres faites; pas de ballonnement du ventre. Elle mange avec appétit.

8. Bonne nuit. Facies satisfaisant. A eu ce matin une selle copieuse. Pas de douleurs dans le ventre. Mange avec plaisir.

Soir. S'est plainte dans la journée de douleurs dans les reins et dans le dos. Le ventre ne présente rien de remarquable. Appétit satisfaisant. T. 38°3.

9. Nuit calme. Selle ce matin. Ne se plaint de rien, sauf des reins et du dos, mais c'est une douleur due probablement à la position de la malade.

M. Périer vient dans la journée, et enlève les quatre autres points de suture. Le ventre est souple, non douloureux, sauf un peu à droite. Bon état général.

Le soir. T. 37°7. Ne se plaint que de son mal de reins. Tout d'un coup, elle est prise de trismus et d'opisthotonos. La contracture envahit les muscles des bras et du tronc. Début de tétanos. Chloral à haute dose.

10. Même état. Trismus très prononcé. Le chloral ne peut être donné qu'en lavements. On lui donne un lavement toutes les deux heures, contenant 2 grammes chaque, de manière que la malade en prend *quatorze* grammes en vingt-quatre heures. T. 38°4.

Soir. Même état. Le chloral a amené une somnolence presque continuelle et des sueurs considérables. Pendant le sommeil, la contracture diminuait un peu pour reparaître au réveil. T. 39°. Le soir vers huit heures, la contracture est plus prononcée sur les muscles de la cage thoracique ; le diaphragme se prend, et la malade a plusieurs attaques de suffocation avec coloration violacée de la face ; cet état dure quelquefois une minute, puis la respiration devient plus facile ; enfin, à six heures du matin, une contracture plus longue l'emporte

Autopsie, faite vingt-six heures après la mort :

Congestion très marquée de la face.

Abdomen. — Coloration normale, pas de ballonnement.

La cicatrice de l'opération est intacte. A l'ouverture, on est frappé de la rougeur et de la congestion du péritoine, qui présente de nombreuses suffusions sanguines peu étendues. Injection assez marquée des intestins, qui ont un calibre normal et en certains points rétréci. Le petit intestin est gros comme le doigt.

On incise la paroi abdominale de manière à former un tablier se rabattant de haut en bas. Le péritoine pariétal présente cette vascularisation et ces suffusions sanguines indiquées plus haut, d'autant plus marquées qu'on se rapproche de la cicatrice. Pas de liquide dans l'intérieur de la cavité abdominale. Le péritoine est épaissi et a 1 millimètre 1/2 environ d'épaisseur. Le tissu conjonctif sous-péritonéal est comme lardacé.

La cicatrice est masquée par des adhérences d'un segment de l'intestin avec la paroi. Cet intestin est l'S iliaque qui forme une anse à ce niveau.

L'épiploon n'occupe que la partie supérieure de l'abdomen et n'a aucune connexion avec les organes du petit bassin, non plus qu'avec la cicatrice. Il est aussi vascularisé, on ne peut retrouver la trace des ligatures qu'on y a jetées.

On se débarrasse de tout le paquet intestinal en respectant la partie adhérente. On voit alors que, entre le cœcum et la fosse iliaque droite, il s'est formé une sorte de cavité virtuelle constituée par l'intestin, la paroi du bassin, et une néomembrane noire, étendue entre les deux. C'est évidemment du sang épanché qui s'est collecté en cet endroit et résorbé en partie. Donc, ici, péritonite adhésive. Le cœcum, d'ailleurs, ne présente pas trace d'inflammation. L'appendice iléo-cœcal, dans son tiers inférieur, adhère aussi à la cicatrice.

On sépare ensuite le péritoine autour du petit bassin, deux traits de scie isolent le pubis, et on peut enlever en entier tous les organes contenus dans le petit bassin.

On détache alors délicatement les adhérences qui unissent l'S iliaque à la paroi antérieure de l'abdomen ; ces adhérences sont faciles à rompre ; on rencontre au milieu un petit foyer sanguin, gros comme une noix, de coloration brunâtre, entouré de néomembranes, évidemment en voie de résorption et d'organisation. L'anse intestinale adhère aussi à *l'utérus*, dans sa partie inférieure ; celui-ci est augmenté de volume, il

mesure 9 centimètres 1/2 de hauteur, coloration verdâtre, et sur sa face postérieure, près du bord droit, on voit une zone noirâtre de 1 centimètre 1/2 de largeur environ. Pas d'adhérences. Les culs-de-sac sont libres. Pas de pus, pas de collection sanguine en voie de résorption.

Les *deux ovaires* ayant été extirpés, il était intéressant de voir ce qu'étaient devenus les pédicules.

Pour l'*ovaire gauche*, qui portait le petit kyste, le pédicule présente encore saillants les deux nœuds de fil de soie; quant au trajet de ces fils, il n'est plus visible; le pédicule a un aspect noirâtre, brillant, et on peut voir que le péritoine qui recouvre l'extrémité de ce pédicule s'est réuni, soudé avec celui qui recouvre la partie avoisinante de l'aileron postérieur par dessus les fils. Du côté droit, on tombe sur un magma jaune-brun, dans lequel il est difficile de reconnaître au juste les organes; mais on y sent les nœuds des ligatures jetées sur le pédicule; il adhère aussi à la paroi abdominale antérieure.

Le *cœur* est en systole et ne contient pas de caillots. Les reins sont normaux. Le *foie* est congestionné. La moelle et le bulbe étaient aussi congestionnés, et présentaient, surtout ce dernier, sur la face antérieure, un petit piqueté sanguin, peu abondant.

Le kyste droit, enlevé, pesait 1,340 grammes; il était constitué par une énorme poche, celle qui renfermait les 26 litres de liquide évacués pendant l'opération, plus un certain nombre de poches secondaires de petites dimensions. La face interne de la grande cavité kystique offrait une multitude de végétations d'aspect papillaire. En fait, il s'agissait d'un kyste multiloculaire ordinaire pesant 27,340 grammes.

Quant au kyste gauche, il offrait le volume d'un petit œuf et renfermait trois loges, dont une remplie de matière demi-solide, colorée en rouge par du sang. De ce côté, le pédicule avait été fait en plein tissu ovarien.

Cette observation est des plus intéressantes, en ce sens qu'au moment où l'opérée allait aussi bien que possible, elle fut prise d'accidents tétaniques aigus dont la cause paraît des plus obscures.

On peut tout d'abord éliminer le froid, car la température de la chambre de la malade n'avait varié que de 18 degrés à 23 dans les vingt-quatre heures, le fait a été vérifié grâce au thermomètre à maxima et à minima, placé près du lit de l'opérée.

Un point à signaler, c'est que Mme V... était en pleine éruption de pustule vaccinale lors de son opération; mais celle-ci était absolument terminée quand le tétanos est apparu. Il ne peut donc en être question sérieusement,

Peut-on invoquer le léger traumatisme produit lors de l'enlèvement des derniers fils à suture? La chose est possible, mais, en tous cas, des plus exceptionnelles, car c'est la première fois que nous voyons survenir cette complication. Enfin, faut-il tenir compte de ce fait que le pédicule avait été formé au niveau même de l'ovaire et que les ligatures portaient sur le tissu ovarien? Nous ne pouvons que poser cette question.

Gangrène sèche du petit doigt, d'origine (probablement) paludique.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 26 mai 1883,

Par le docteur Emm. Pineau, de Château-d'Oléron.

D..., 32 ans, m'appelle le 28 septembre 1882. C'est un jeune homme grand et vigoureux, observant une bonne hygiène, qui n'est jamais sorti de France, où il a fait cinq ans dans l'artillerie, et n'accuse aucune maladie antérieure, hormis, il y a un an, une fièvre dont j'ai oublié le caractère, et pour laquelle je lui aurais donné de la quinine.

Il y a deux jours (26 septembre), en vendangeant, il se meurtrit légèrement, mais à plusieurs reprises, le bord externe de l'auriculaire de la main gauche. Le lendemain, une phlyctène, large comme une pièce de vingt centimes, se montre au niveau de ce bord externe, à la hauteur de l'articulation de la première avec la seconde phalange; en même temps, fièvre, qu'annoncent une série de petits frissons; la fièvre dure jusqu'au soir et, toujours avec accompagnement de frissons, se répète les deux jours suivants, mais sans que l'on puisse me dire si elle a été continue ou interrompue.

Le surlendemain, 28, je le vois pour la première fois: le teint est animé, la langue très saburrale, la température approche de 40°.

La phlyctène du petit doigt, piquée, laisse échapper une sérosité roussâtre, la peau se plisse et se décolle au bord à l'entour, le doigt est bleuâtre, une rougeur de lymphangite commençante remonte jusqu'au poignet et couvre toute la main.

2 gr. d'ipécacuanha ; 1 gr. sulf. de quinine; pansement phéniqué.

Le 29, quatrième jour, la lymphangite remonte jusqu'au milieu de l'avant-bras, la peau de l'auriculaire se détache comme un doigt de gant, entraînant l'ongle, en même temps qu'un abondant écoulement de la même sérosité roussâtre continue de se faire jour.

Les deux dernières phalanges, surtout au niveau de la matrice de l'ongle, sont noires, parcheminées, racornies, insensibles. Le sphacèle est complet.

Le malade est très déprimé et peut à peine se soutenir sur son séant.

Eau-de-vie allemande ; potion extr. q. q. a. et rhum ; sulf. de quinine 1,50 ; fomentations mercurielles; cataplasmes et bains phéniqués.

Le 30, une collection purulente, à bords mal délimités, se forme sur le dos de la main. La lymphangite atteint le milieu du bras. Douleurs atroces dans tout le membre. Fièvre vive à tendance adynamique. Diarrhée fétide à la suite des purgatifs.

Même traitement, moins l'eau-de-vie allemande.

Le 1er octobre, la lymphangite, qui a presque atteint l'épaule, semble faire halte, et la fièvre cède par degrés.

Le 3, même état; la fièvre tombe presque entièrement; la lymphangite commence à pâlir.

Le 4, je le vois en consultation avec mon distingué confrère le docteur Fraigniaud. Nous analysons ensemble l'urine qui ne contient ni albumine ni sucre. La même analyse, répétée à trois jours de là, donne le même résultat négatif.

Il est ajouté au traitement des granules d'arséniate de strychnine.

Le 5, j'ouvre, avec le bistouri, la collection de la face dorsale de la main ; une grande quantité de pus bien lié, mais noirâtre et mêlé de sang, s'en écoule.

Drain et charpie phéniqués.

Jusqu'au 9, même état. Apyrexie. L'état général s'améliore ; le sillon éliminateur se creuse peu à peu ; la lymphangite a disparu.

Le sulfate de quinine est néanmoins continué, à dose décroissante, jusqu'au 10.

Le 10, j'ouvre encore au bistouri une collection purulente située au-dessus et en dehors de l'extrémité inférieure du cubitus.

Drain raccourci à chaque pansement, charpie phéniquée.

Le 16, même petite opération au niveau de l'éminence thénar, dans la paume de la main.

Ces trois foyers se vident bien, se cicatrisent avec rapidité, et, dès lors, le malade est tout à fait en bonne voie.

C'est alors que je songe à le débarrasser de ses deux phalanges mortifiées, mais je me heurte à une résistance absolue, et je dois me borner à attendre leur chute spontanée (1).

J'en étais là, quand, vers le 30 octobre, réséquant quelques parcelles des parties sphacélées, qui gênaient le développement des bourgeons charnus, au niveau du sillon d'élimination, je remarquai avec surprise que la moitié terminale seule de la troisième phalange était sphacélée dans toute son épaisseur; quant à sa base et à la seconde phalange tout entière, la gangrène n'avait intéressé qu'une mince épaisseur des tissus ; car si, à la face dorsale, elle comprenait jusqu'à la gaîne des extenseurs inclusivement, à la face palmaire elle n'avait pas dépassé de beaucoup l'épaisseur du derme et la phalangine n'était point nécrosée.

Victime de sa pusillanimité, ce malade conserva son doigt momifié jusqu'à la fin de décembre.

Il a donc sauvé de son petit doigt la première phalange, qui est intacte, et la phalangine, qui, dénudée complètement, se recouvrit à la longue de bourgeons charnus et de tissu de cicatrice, mais forme avec la phalange une sorte de crochet dont cet homme aura vraisemblablement souvent à souffrir par la suite.

(1) La raison de cette résistance était ce dicton populaire que « le petit doigt du côté gauche tient au cœur et que son ablation peut être suivie de mort ! »

A ce propos, je me permets de faire remarquer, une fois de plus, que maintes croyances populaires, absurbes au premier abord, ne laissent pas cependant parfois de renfermer quelque parcelle de vérité, et que, dans ce cas, en particulier, les irradiations bien connues de l'angine de poitrine au petit doigt gauche, ont été peut-être pour quelque chose dans la vulgarisation de ce préjugé.

RÉFLEXIONS

Ce n'est pas sans quelque doute que j'ai accolé à ce diagnostic anatomique de *gangrène,* l'adjectif étiologique *paludique.* Cependant, de fortes présomptions me semblent exister en ce sens.

Quelle autre cause invoquer? Pas de glycosurie, pas d'albuminurie, nulle lésion cardio-vasculaire, point d'ergotisme, pas d'excès, sujet jeune, de bonne santé antérieure, sans diathèse innée ni acquise.

On n'invoquera pas autrement que comme cause occasionnelle le traumatisme, qui fut insignifiant; on n'incriminera pas davantage la lymphangite, qui ne se déclara qu'après l'apparition du sphacèle.

Au contraire, si l'on veut bien admettre un moment cette étiologie du paludisme (voy. communication de Verneuil au Congrès de La Rochelle, 1882), on verra avec quelle vraisemblance elle peut être proposée.

En effet, s'il se fût agi là d'une gangrène simple par contusion des tissus, ou de nature lymphangitique, érysipélateuse (quoique, je le répète, la gangrène fût déjà limitée quand la lymphangite apparut), nul doute que nous ne nous fussions trouvés en présence d'une gangrène humide, putrilagineuse, mal délimitée, peut-être même envahissante comme la lymphangite elle-même.

Au contraire, nous assistons à un processus gangréneux d'emblée : meurtrissure légère; le lendemain, phlyctène largement décollée, à contenu roussâtre et sanieux, et, dès le troisième jour, le doigt apparaît noir, sauf la première phalange; le quatrième jour, enfin, le sphacèle est complet, le doigt sec, momifié.

Cette *momification superficielle d'une extrémité* (et surtout du petit doigt), n'est-ce pas justement le type préféré de la gangrène paludique : gangrène vaso-motrice, par anémie prolongée des tissus, causée par la constriction totale et soutenue des capillaires? En somme, le mécanisme n'en serait pas autre que celui de la gangrène symétrique des extrémités que, dès Maurice Raynaud et de plus en plus aujourd'hui, l'on tend à attribuer au paludisme.

Bref, il s'agit d'un malade indemne de toute cause ordinaire de gangrène, accusant, comme seul antécédent, une fièvre automnale, il y a un an, pour laquelle il lui aurait été donné de la quinine, habitant une contrée où les cas de paludisme ne sont pas très rares, à une centaine de pas d'un cimetière encombré et dans un coin de bourg où j'ai eu à soigner, dans l'année, deux ou trois cas de tellurisme aigus et anormaux.

Malheureusement, il a été impossible d'apprécier exactement l'influence du sulfate de quinine dans ce cas, à cause de la lymphangite concomitante sur laquelle la quinine n'a point d'action spécifique.

Aussi, bien que la fièvre n'ait cédé que graduellement, suivant pas à pas la lymphangite, peut-être pourrait-on penser que le seul caractère franchement paludique de cette fièvre, je veux dire le *frisson,* indice d'ischémie, partant de gangrène, si celui-ci est suffisamment prolongé, et ce fut le cas, que ce frisson, dis-je, a pu céder à la quinine et que celle-ci, mettant fin à l'ischémie, a du moins enrayé la gangrène.

Nous nous serions donc trouvé en présence d'un homme chez lequel, l'organisme étant imprégné du poison tellurique (cause prédisposante), un petit traumatisme, une épine périphérique (cause déterminante) aurait fait éclater la diathèse latente et, rompant l'équilibre de la vaso-motricité, donné naissance à un état général: fièvre, et à un état local: gangrène.

Quant à la lymphangite et aux abcès, ils n'auraient été que le résultat de la septicité du liquide de la phlyctène.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

Physomètre,

Par H. C. Yarrow (1).

L'affection désignée sous le nom de physomètre est encore appelée emphysème de l'utérus, hystérophyse, gonflement gazeux de l'utérus, tympanisme utérin.

Ce trouble pathologique nié par quelques auteurs a une existence bien réelle, appuyée sur de nombreuses observations, dont la suivante, inédite, et appartenant à l'auteur, constitue un exemple intéressant : il s'agit d'une négresse de 46 ans, arrivée à l'époque de la ménopause et présentant un embonpoint assez considérable. Cette femme n'avait pas eu ses règles depuis à peu près treize mois, et, d'après ses calculs, comme elle était certaine d'être enceinte, son terme était dépassé de quatre mois. Elle fit appeler un médecin en le priant de vouloir bien la faire accoucher. Ce médecin, quoique peu convaincu de la grossesse, fit appeler le docteur Yarrow, en le priant de vouloir bien, en cas de besoin, apporter tous les instruments nécessaires pour l'opération césarienne. Après un examen attentif de la malade, l'opérateur, pour éclairer le diagnostic, introduisit un hystéromètre dans la cavité utérine, et quel ne fut pas son étonnement d'entendre sortir pendant plus d'une demi-minute, et avec impétuosité, des gaz inodores provenant de l'utérus. Cette évacuation ramena l'utérus à ses proportions normales, etla malade fut ainsi guérie.

Non moins intéressant est le cas publié par le docteur Leyral fils, dans la *Gazette des hôpitaux* de 1862. La malade était âgée de 24 ans; quelques années auparavant, elle avait eu un accouchement dont l'issue avait été heureuse. Elle se croyait de nouveau enceinte; puis, au neuvième, dixième et onzième mois, l'accouchement n'ayant pas lieu, elle fit appeler le docteur Leyral, qui put constater une augmentation considérable de l'utérus, plus développé que ne le comporte une grossesse à terme; mais, par la percussion de l'organe, on avait de la sonorité, ce qui permit de diagnostiquer le contenu gazeux de l'organe. L'évacuation en fut difficile, car le col utérin, soit par le doigt, soit par le spéculum, pouvait à peine être atteint, et ce n'est qu'en plaçant la malade dans un bain, et par des pressions énergiques sur l'abdomen, qu'on amena la sortie du contenu.

Des cas analogues ont été rapportés en détail par Barbour, Mitchell, Boder, Allen, Stendel, Stendal, Errolain, Harley, cas dont l'auteur donne une analyse dans son intéressant article, mais qu'il serait trop long de rapporter ici en détail.

Ainsi qu'il a été établi par Dalton, tout tissu organisé a le pouvoir d'absorber de l'oxygène et d'exhaler de l'acide carbonique; c'est probablement par un mode d'action analogue que la muqueuse utérine, dans des conditions que nous ne connaissons pas encore, donne naissance au gaz qui distend l'utérus dans le physomètre. Il faut, en outre, pour que la distension de l'utérus se produise, qu'il y ait oblitération d'un des deux orifices, soit externe, soit plutôt interne, de l'organe.

Les observations précédentes ont trait seulement à celles où du gaz est sécrété par la muqueuse utérine et maintenu dans la cavité de l'organe; mais ce n'est pas là le seul cas possible, et sous ce rapport on peut établir les trois catégories suivantes :

Tantôt la présence d'un gaz dans l'utérus est due à la pénétration de l'air par les voies génitales, après l'accouchement, par exemple. Sous l'influence d'une contraction utérine, le contenu s'échappe souvent avec bruit de l'intérieur de la cavité de l'organe. Ce n'est là qu'un accident de l'accouchement qui n'a d'autres inconvénients que celui d'exposer à la septicémie par la pénétration possible des microbes, en même temps que le fluide gazeux.

Tantôt un débris de placenta, de tumeur utérine, un caillot peut séjourner dans la cavité de la matrice et, par sa décomposition, amener le dégagement de gaz qui, si l'orifice utérin n'est pas perméable, vont distendre l'organe dans lequel ils sont enfermés.

Tantôt enfin, dans une troisième catégorie de cas, celle qui nous intéresse ici spécialement, la muqueuse utérine, dans des circonstances spéciales pathologiques, peut donner naissance à un gaz qui, dans les mêmes conditions que précédemment, d'imperméabilité des orifices utérins, va distendre la matrice. Tantôt du gaz seul sera sécrété par la muqueuse utérine; tantôt il y aura, en outre, production d'un liquide composé de sérosité et de mucus, de telle sorte que la cavité utérine pourra être remplie en proportion variable des deux fluides différents gazeux et liquide.

Sont naturellement éliminés du cadre précédent les cas où la présence du gaz est due à une communication anormale, par exemple à une fistule recto-utérine.

(1) *American Journal of Obst.*, août 1883.

Ces trois théories expliquant la présence d'un fluide gazeux dans l'intérieur de la cavité utérine sont-elles également admissibles? Que l'air puisse pénétrer dans la cavité utérine après l'accouchement, par exemple, c'est un accident dont personne ne contestera la possibilité. Qu'un débris de placenta ou de tumeur, ou un caillot retenu dans l'utérus puisse, par sa décomposition, donner naissance à des gaz qui séjournent dans la cavité où ils sont enfermés, rien aussi que de très naturel. Mais que dans des conditions spéciales la muqueuse utérine puisse produire des gaz qui vont distendre la cavité qu'elle tapisse, c'est là une hypothèse qui n'est pas impossible, mais que rien n'autorise à accepter jusqu'à présent. Et comme tous les cas où cette dernière théorie a été invoquée peuvent s'expliquer par la présence et la décomposition d'un caillot donnant lieu au physomètre, on est autorisé, jusqu'à plus ample informé, à ne pas l'admettre.

Au point de vue clinique le physomètre se présente dans deux conditions différentes pendant l'état puerpéral, ou en dehors de cet état.

Dans l'état puerpéral, il peut survenir avant la naissance de l'enfant, et, dans ce cas, être produit, soit après la rupture de la poche des eaux par la pénétration de l'air à la place du liquide écoulé, soit par la putréfaction du fœtus donnant naissance à des gaz putrides s'accumulant dans l'utérus. Le physomètre peut encore se faire tout de suite après l'accouchement par une sorte d'aspiration qu'exerce l'utérus débarrassé des produits de la conception, ou encore pendant les suites de couches, ce qui est dû alors à la décomposition de produits retenus dans la cavité utérine.

La pénétration de l'air, tout de suite après l'accouchement a pu faire croire à l'existence d'un second enfant ; dans le travail de Yarrow se trouve une intéressante observation montrant la possibilité de cette méprise.

En dehors de l'état puerpéral, le physomètre sera produit par la décomposition d'un fragment de tumeur ou plus souvent d'un caillot sanguin. La distension utérine dans les cas de ce genre peut devenir considérable et faire croire à une grossesse à terme.

A l'auteur qui ne semble pas reconnaître la possibilité de la production du physomètre par une sécrétion spéciale de la muqueuse utérine, mais qui admet, soit la pénétration de l'air, soit la décomposition d'un produit quelconque de rétention, nous ne ferons qu'une objection, que nous puisons dans l'observation même qu'il publie : il s'agit d'une femme en dehors de l'état puerpéral, chez laquelle le physomètre fait croire à une grossesse. Il s'échappe de l'utérus un gaz absolument inodore ; or, comme dans ce cas il ne peut être question de la pénétration de l'air, l'auteur ne peut admettre comme source du gaz que la décomposition d'un produit intra-utérin quelconque. Or, cette décomposition ne s'accorde guère avec le manque d'odeur du gaz. Ce fait plaiderait plutôt en faveur de la théorie qu'il n'accepte pas. — A. A.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 septembre 1883. — Présidence de M. Larrey.

M. Ball présente, en l'absence de M. Vulpian, au nom de M. le docteur Bochefontaine, un travail intitulé : *Note sur quelques expériences relatives à l'action antiseptique du cuivre.* Il résulte de ces expériences que, si le sulfate de cuivre est capable d'agir sur l'élément contagieux du choléra, son action ne s'exerce pas sur des vibrioniens ou germes microbiques.

M. Béchamp dit que, par de nombreuses expériences faites dès 1867, il a démontré que les sels de cuivre, de fer, et autres, sont susceptibles d'empêcher, dans certains cas, l'évolution des mucédinées et des bactéries, mais que, dans d'autres circonstances, particulièrement sous l'influence de certaines conditions atmosphériques, cette évolution a lieu malgré ces sels.

—

M. le docteur Ollivier, médecin de l'hôpital Saint-Louis, lit un travail intitulé : *De l'influence de la diphthérie sur la grossesse.* En voici le résumé :

« La diphthérie peut, chez la femme enceinte, être la cause de l'avortement, et acquérir, par cela même, une redoutable gravité. L'avortement serait dû, dans un bon nombre de cas, non point à l'asphyxie ni à l'élévation de la température du sang, mais à une altération de ce liquide, altération qui, si elle est encore mal définie, est néanmoins incontestable. La possibilité de l'avortement avec ses dangers impose à l'avenir des mesures de précaution et d'isolement lorsque des femmes enceintes se trouvent dans les

mêmes salles que des malades atteintes de diphthérie. C'est tout particulièrement sur ce point que je désire, en terminant, appeler l'attention de l'Académie. » (Comm. MM. Henri Roger, Bergeron et Tarnier.)

—

M. Béchamp, à l'occasion de la lecture faite dans l'une des dernières séances par M. Bouchardat sur le parasite de la tuberculose, commence une communication sur le microzyma et son évolution dans l'organisme à l'état sain et à l'état pathologique. L'orateur n'ayant pu développer que la première partie de sa communication, a dû renvoyer à la séance prochaine la suite et la fin de son discours. Nous le résumerons lorsque l'orateur l'aura terminé.

—

M. Noël Gueneau de Mussy lit le résumé d'un mémoire de M. le docteur Barety (de Nice), intitulé : *Auscultation des bruits œsophagiens pendant la déglutition, modification de ces bruits dans certains états pathologiques thoraciques.* (Comm. MM. Noël Gueneau de Mussy, Peter et Jaccoud).

— La séance est levée à quatre heures trois quarts.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 juin 1883. — Présidence de M. Millard.

Sommaire. — Correspondance. — *Note sur un nouveau cas d'ataxie locomotrice d'origine syphilitique, guérie par un traitement spécifique,* par M. Desplats (de Lille). Discussion : MM. Rathery, Rendu, A. Robin, Debove, Desnos. — Présentation d'un malade *atteint de périnéphrite chronique,* par M. Guyot. — *De l'œdème de la glotte dans les maladies chroniques du larynx,* par M. Gouguenheim. — Présentation d'un *larynx avec carie des aryténoïdes,* par M. Gouguenheim. — Présentation de pièces relatives à la *tuberculose des organes lymphoïdes,* par M. A. Robin. — Suite de la discussion sur l'*isolement des varioleux dans les hôpitaux :* MM. Tenneson, Vallin, Dujardin-Beaumetz, Debove, Lailler, Dumontpallier, Duguet.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance manuscrite. — Observation intitulée : *Métallothérapie, aboiement hystérique, hémianesthésie absolue, troubles trophiques, guérison rapide par l'aluminium* intus et extra, par les docteurs Burq et Moricourt. — Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Rendu, Debove et Dumontpallier, rapporteur.

Correspondance imprimée. — *Gazette médicale de Nantes.* — *Annales de la Société d'hydrologie médicale.* — *Bulletin médical du Nord.* — *Bulletin de la Société de médecine légale de France,* t. VII. — *Bulletin de la Société de médecine d'Angers.* — *Journal de thérapeutique* de Gubler. — *Annales de gynécologie.* — *Union médicale et scientifique du Nord-Est.* — *Lyon médical.* — *Congrès international d'hygiène de Paris,* etc.

—

M. Duguet présente au nom de M. Brongniart, médecin à Contrexéville, un travail intitulé : *Action de l'eau minérale de Contrexéville chez les calculeux, etc.*

M. Brongniart insiste tout particulièrement sur la contre-indication de ces eaux chez les calculeux avant l'opération, et il montre leur indication chez les malades débarrassés de leur pierre par la taille ou la lithotritie, dans le double but : 1° de prévenir la récidive de l'affection calculeuse; 2° de faire disparaître l'état catarrhal occasionné par la présence de la pierre ou déterminé par les manœuvres instrumentales.

—

M. Rendu présente, au nom de M. Desplats (de Lille), une *Note sur un nouveau cas d'ataxie locomotrice d'origine syphilitique, guéri par un traitement spécifique.* (Voir plus haut.)

M. Rathery : Avant de se prononcer sur la guérison de ce malade, il serait bon, je crois, d'attendre; car on trouve, dans cette maladie, des rémissions de longue durée et même de plusieurs mois. J'ai vu un commis voyageur ataxique, arrivé au delà de la période des douleurs fulgurantes, avancé par conséquent, soigné pendant six mois à Toulon, et guéri à tel point qu'il a pu reprendre ses voyages pendant huit mois; il est retombé à Paris, et, cette fois, je l'ai traité inutilement; j'ajoute qu'il n'était point syphilitique. Ce malade a donc pu, pendant huit mois, être considéré comme étant guéri de son ataxie locomotrice, et l'événement a démontré qu'il n'en était rien.

M. Rendu : Il n'en est pas moins remarquable de voir se suspendre tous les phénomènes de l'ataxie sous l'influence d'un spécifique. Cette suspension sera-t-elle durable?

je l'ignore absolument, cependant j'ajouterai qu'en ce qui concerne la première observation que M. Desplats vous a communiquée, la guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour, et elle date déjà de quatre mois.

M. A. Robin : Je crois pouvoir citer à ce propos l'histoire d'un malade syphilitique que je n'ai pas vu, mais chez lequel M. Gubler diagnostiqua une ataxie locomotrice syphilitique. Ce malade, soumis à un traitement spécifique mixte et énergique pendant six mois, fut complètement guéri, et, depuis quatre ans, sa guérison ne s'est point démentie.

M. Debove : J'éprouve une grande difficulté à comprendre comment, même par le traitement spécifique, on peut arriver à guérir des ataxiques, alors même qu'ils ne sont encore qu'à la période des douleurs fulgurantes, car déjà à cette époque, et je le sais par les autopsies que j'ai pu pratiquer à Bicêtre, il existe dans les cordons postérieurs des lésions profondes, des destructions dont je ne crois pas la réparation possible. J'ai donné, en pareil cas, le traitement spécifique; dans la plupart des cas, je n'ai rien obtenu; dans quelques autres, ma médication a été suivie d'accidents; mais, comme on nous parle de faits positifs, je me demande si, à côté du *tabes dorsalis* classique auquel je fais allusion, il n'existe pas un syndrome analogue susceptible de disparaître sous l'influence du traitement spécifique; je comprendrais à la rigueur que ce traitement puisse enrayer la marche des lésions de la moelle, les empêcher de progresser, mais qu'il les fasse rétrograder, jamais!

M. Rendu : Pourquoi ne pourrions-nous pas observer le syndrome de l'ataxie, avant que les lésions des cordons postérieurs ne soient effectuées? A la période fulgurante, tout à fait au début, les troubles fonctionnels qui constituent l'ataxie ne peuvent-ils pas se montrer avec la congestion des cordons postérieurs, précédant et accompagnant le travail qui amène leur dégénérescence? Et, à cette période, l'action curative du traitement spécifique ne peut-elle pas être complète et définitive?

M. Debove : J'objecte à cette manière de voir que, dans toutes les autopsies, même les plus rapprochées du début de la maladie, on a toujours trouvé des lésions de la moelle très profondes et très avancées. M. Fournier, témoin l'an dernier d'un fait de ce genre, disait : Cela nous explique comment, même dès le début, nous avons si peu de succès avec la médication spécifique.

M. Desnos : Je crois avoir observé un fait d'ataxie locomotrice fonctionnelle en tout semblable à ceux dont parle M. Rendu; j'en avais dans le temps confié déjà l'histoire à M. Gubler. Il s'agissait d'un ataxique, au début, qui fut pris de variole et qui mourut. L'autopsie et l'examen de la moelle furent faits par M. Cadiat, qui ne trouva dans les cordons postérieurs que des lésions très superficielles. C'étaient, à n'en point douter, des lésions curables, se rattachant à un cas très net d'ataxie locomotrice.

M. Debove : Nous ne sommes évidemment pas d'accord. Je ne crois pas, pour ma part, qu'il existe un seul cas d'ataxie locomotrice, même au début, qui s'accompagne simplement de lésions congestives de la moelle, sans sclérose. L'anatomie pathologique bien faite est là pour démontrer ce que je soutiens.

Je rappellerai, si vous le permettez, le cas dont j'ai déjà parlé ici, et qui me paraît à cet égard des plus instructifs. Il s'agissait d'une femme atteinte d'insuffisance mitrale et se plaignant de quelques douleurs fulgurantes. Je recherche chez elle les phénomènes d'incoordination; ils n'existent point. Le lendemain, elle meurt, et, à l'autopsie de la moelle, je trouve déjà des lésions très avancées de sclérose dans les cordons postérieurs. Ce fait, et d'autres encore, me permettent d'affirmer que, même à la période initiale des douleurs fulgurantes, il existe déjà des lésions profondes de la moelle; que ces lésions, loin d'être simplement des lésions congestives dont je doute, sont au contraire constamment des lésions de sclérose même très avancée.

—

M. Guyot présente un malade qui a été l'objet de plusieurs erreurs de diagnostic, et qui, en définitive, était atteint d'une périnéphrite chronique. Il est actuellement en très bonne voie de guérison. Voici d'ailleurs son observation. (Voyez plus haut.)

—

M. Gouguenheim présente le larynx d'un malade, mort dans son service (hôpital Bichat) d'une phthisie aiguë à marche très rapide (vingt jours), à aspect franchement typhoïde avec de nombreuses taches rosées lenticulaires.

Dès le début de la maladie, la voix est éteinte, et, à ce moment, il est possible d'examiner le larynx du malade; on constate l'écartement permanent avec immobilité presque

complète des cordes, qui sont très rouges. Cette paralysie des cordes est absolument semblable à celle que provoquent la compression ou les sections des nerfs récurrents.

En même temps, le malade présente à la lèvre inférieure et sur le dos de la langue des ulcérations jaunâtres et peu profondes. Jamais, dans le cours de la maladie, on ne constata de dyspnée laryngienne, ni d'accès de suffocation.

A l'autopsie, on trouve de l'œdème des replis, surtout d'un côté; les deux cartilages aryténoïdes sont cariés, le gauche baigne dans une vaste cavité sanieuse, pleine de pus et s'ouvrant à l'intérieur du larynx, mais il n'est pas tombé dans la cavité laryngienne. L'aryténoïde droit est moins intéressé.

En somme : 1° carie des aryténoïdes, aphonie, absence de dyspnée, malgré l'existence d'un œdème sérieux des replis aryténo-épiglottiques; 2° constatation d'un signe laryngoscopique assez intéressant : état paralytique des cordes vocales, semblable à celui que provoque la compression des récurrents, et permettant de localiser la lésion laryngienne cartilagineuse.

—

M. A. Robin présente des pièces se rattachant à la tuberculose des organes lymphoïdes, provenant d'un malade ayant offert tous les signes de la leucémie. (Sera publié.)

A suivre.

COURRIER

Hospice général de Tours. — Concours pour deux places d'élèves internes en médecine et en chirurgie et concours pour un nombre indéterminé de places d'élèves suppléants.

La commission administrative de l'Hospice général de Tours donne avis qu'en vertu d'une délibération en date du 3 septembre 1883, deux concours pour la nomination aux places vacantes d'élèves internes et d'élèves suppléants en médecine et en chirurgie auront lieu dans le courant d'octobre prochain, conformément au règlement général de l'établissement.

Le concours pour l'internat est fixé au jeudi 4 octobre, à midi, pour l'épreuve écrite, et au vendredi 5 octobre, à neuf heures du matin, pour l'épreuve orale (salle d'administration de l'Hospice général).

Le concours pour la suppléance est fixé aux 18 et 19 octobre; il aura lieu au même lieu et aux mêmes heures que celui de l'internat.

Durée des fonctions, traitement, etc. — Les élèves internes sont nommés pour deux ans; il sont nourris, logés, chauffés et éclairés; ils reçoivent, la première année, un traitement de 400 francs, et la seconde année un traitement de 600 francs.

Les élèves suppléants, chargés de la tenue des cahiers de visite, des pansements et du service de la garde, concurremment avec les internes, sont admis à déjeuner gratuitement à l'hôpital; ils sont complètement nourris les jours de garde. La durée de leurs fonctions ne peut excéder 3 ans. Ils reçoivent une indemnité de 100 francs la première année, 200 francs la seconde année, 300 francs la troisième année.

Les candidats qui seront désignés par le concours pour occuper les premières places d'élèves suppléants, pourront avoir à remplir dans le cours de l'année les fonctions d'*internes provisoires*; ils jouiront, en cette qualité, des avantages en nature accordés aux élèves internes, et auront droit à une indemnité supplémentaire de 100 fr. par an.

Le jury, après avoir désigné les concurrents appelés à remplir les places d'élèves internes et suppléants, dressera une liste supplémentaire composée de concurrents non nommés, mais classés dans l'ordre de leur capacité; cette liste, destinée à pourvoir aux vacances qui peuvent survenir dans le courant de l'année parmi les suppléants, deviendra nulle à l'époque du prochain concours.

Pour supplément de renseignements, s'adresser aux bureaux de l'administration, à l'hospice.

— L'ouverture du concours pour la nomination à une place de médecin suppléant des hôpitaux de Nantes, qui devait avoir lieu le lundi 15 octobre prochain, est reculée au lundi 12 novembre 1883.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Clinique de l'Hôpital Saint-Louis. — M. le Pr A. Fournier.

De la syphilis héréditaire tardive.

Suite. — Voir le numéro du 18 septembre.

II

Avant d'entrer dans les détails et les descriptions particulières, il me semble opportun de produire tout d'abord quelques-uns des cas qui vont s'imposer à notre examen. L'exposé de ces observations cliniques aura le double avantage, au seuil de cette étude, et de bien définir le sujet que nous allons traiter et d'en établir l'authenticité.

Donc, à titre d'exemples, de spécimens, je commencerai par le récit succinct de quelques cas afférents à la syphilis héréditaire tardive. Et ces cas, je n'aurai pas besoin d'aller les chercher bien loin ; je les prendrai — pour la plupart au moins — ici même, dans nos salles, où vous avez pu, où vous pouvez encore les étudier à loisir.

Rappelez-vous d'abord, Messieurs, ce petit enfant de 4 ans 1/2 qui, depuis quelques mois, nous est amené régulièrement par sa mère à notre consultation du mercredi. Lorsque nous l'avons vu pour la première fois, en mars dernier, il présentait deux lésions éminemment spécifiques, à savoir : d'une part, une kératite interstitielle aussi formellement accentuée que possible, un type de ces kératites qu'a si bien décrites Hutchinson et dont j'aurai bientôt à vous parler en détail ; — et, d'autre part, un double sarcocèle, se caractérisant par une tuméfaction dure, ligneuse, nodulaire, des deux testicules.

FEUILLETON

CAUSERIES

Parmi toutes les nouvelles qui nous sont arrivées d'Allemagne depuis un mois, et dont quelques-unes ont si fort effrayé les peureux de notre pays, il en est une que j'ai accueillie avec la plus vive satisfaction. Il s'agit de la décision prise par le Parlement allemand de repousser toutes les mesures favorables à la vivisection et même de s'opposer à cette mode que les âmes sensibles d'au delà du Rhin et de la Manche qualifient de barbare.

Cette nouvelle m'a fort réjoui, car elle démentait de la façon la plus positive tous les bruits de guerre qui ont passé, en même temps qu'elle, la frontière allemande. En effet, je ne puis supposer un seul instant qu'un parlement qui condamne en bloc les expériences, les opérations chirurgicales sur les animaux, ose voter des fonds pour faire la guerre, et qu'il laisse décréter, comme possible sur les hommes, ce qu'il défend d'exécuter sur les animaux.

Qu'est-ce, en effet, que la guerre, au point de vue chirurgical, sinon une vivisection, sur une échelle autrement large que celle qui se pratique dans les laboratoires ? Ce qu'on trouve blâmable dans les vivisections, ce sont les souffrances qu'on inflige à des animaux sensibles, et chez lesquels la sensibilité n'a pas été émoussée par le chloroforme ou un anasthésique quelconque. Mais je ne sache pas qu'on ait jamais songé, avant de mettre en face les uns des autres plusieurs milliers d'hommes et

D'après ces deux lésions, et avant tout interrogatoire de la mère, nous avons conclu d'emblée à une syphilis, et, suivant toute vraisemblance aussi, à une syphilis d'ordre *héréditaire*. Or, ce diagnostic, vous le savez, a été triplement confirmé depuis lors : 1° par les aveux du père, qui nous a raconté avoir contracté la syphilis quelques années avant la naissance de l'enfant; — 2e par le récit des parents, nous apprenant que leur enfant avait été affecté, à l'âge de quelques semaines, de plusieurs lésions considérées comme syphilitiques et traitées pour telles par leur médecin, à savoir : ulcérations multiples aux parties génitales, plaques muqueuses de la bouche, lésions croûteuses du cuir chevelu, etc. ; — 3° par le succès rapide de la médication spécifique, laquelle, en l'espace d'un mois environ, a fait justice des deux accidents précités.

Second exemple emprunté à ma pratique de ville, et celui-ci bel exemple de ces syphilis cérébrales de l'enfance que l'on confond si fréquemment avec des manifestations cérébrales d'autre nature, notamment avec la méningite tuberculeuse.

Un homme affecté de syphilis se marie prématurément. Il ne tarde pas — conséquence usuelle en pareil cas — à contagionner sa jeune femme, sur laquelle je constate un chancre induré de la lèvre, bientôt suivi de manifestations secondaires.

De ce couple infecté naît un enfant qui, trois à quatre semaines plus tard, présente quelques accidents légers, mais incontestables, de syphilis héréditaire (syphilides érosives des fesses, syphilides de la bouche, etc.). On le traite et il guérit.

Sept ans et demi s'écoulent alors, sans que quoi que ce soit de suspect se reproduise sur l'enfant.

Puis voici que surgissent, en plein état d'excellente santé apparente, des symptômes aussi bizarres qu'inattendus, symptômes que plus tard je vous décrirai en détail, mais que pour l'instant il me suffira d'énoncer. L'enfant, dans l'espace de quelques semaines, se modifie complètement comme intelligence et comme caractère. Jusqu'alors intelligent, attentif, laborieux, il se transforme en « un mauvais élève », inappliqué, indifférent, paresseux, qui ne travaille plus qu'à contre-cœur, qui ne fait plus ou fait mal ses devoirs, qui n'apprend plus ses leçons, qui oublie ce qu'il savait, qui

---

de les exposer aux atteintes des balles, des obus, des baïonnettes et autres engins de destruction, à émousser leur sensibilité par une anesthésie préalable. Le chien à qui l'on a ouvert la tête, la poitrine, l'abdomen, avec toutes les précautions de la méthode antiseptique, est-il donc plus à plaindre que le malheureux soldat, quels que soient son grade et sa nationalité, dont les cavités correspondantes sont ouvertes par un coup de sabre ou un éclat d'obus ? Et cet animal sur le sort duquel s'apitoient tant les zoophiles, est entouré, une fois l'expérience finie, de tous les soins que réclame son état ; on le panse, on le réchauffe, on le reporte avec toutes sortes de précautions dans sa niche, on l'alimente comme un opéré d'hôpital. Mais les soldats blessés sur le champ de bataille, que deviennent-ils, s'il vous plaît ? Que les adversaires avancent ou reculent, ils foulent aux pieds ceux qui sont tombés ; voilà pour le présent. Les ambulances volantes, cette admirable invention de Larrey, en ramassent bien quelques-uns, mais la plus grande partie attendent des heures, des jours parfois, sur la terre humide ou glacée, qu'on vienne à leur secours. Pas de pansement antiseptique immédiat, comme pour l'animal vivisecté, pas de nourriture réconfortante, comme pour le même animal, pas même un lit de paille pour se reposer.

J'aime à croire que les honorables membres du Parlement qui ont voté la loi contre la vivisection auront songé à tout cela, et que le sort des soldats ne leur paraîtra pas moins digne de pitié que celui des animaux. Si toutefois cette considération ne les touche pas, qu'ils songent du moins aux chevaux qui sont exposés, autant que les cavaliers et les artilleurs, aux atteintes des projectiles de guerre ; c'est encore de la vivisection, cela, et faite dans des conditions bien plus terribles que celle des laboratoires. Si donc ils ne s'opposent pas à la guerre par respect pour les souffrances de leurs sem-

« désapprend », etc. En outre, de vif et pétulant qu'il était, il devient lourd, apathique, triste, silencieux, « grognon ». De temps à autre, il éprouve des vertiges, des bourdonnements, des éblouissements. Il souffre de la tête; parfois même il en souffre à ce point qu'on est forcé de le coucher, et, dans ces moments de crise, il ne peut tolérer la lumière; on doit le laisser dans l'obscurité. — Quelques semaines se passent ainsi, dans un vague état de malaise. — Puis, tout à coup, éclate une crise épileptique. Subitement l'enfant tombe privé de connaissance, se débat en des convulsions « affreuses », écume, se mord la langue, urine sous lui, et s'endort. — Deux autres crises de grand mal succèdent à la première dans l'espace d'une semaine.

Je suis mandé à ce moment. Connaissant les antécédents spécifiques de la famille et de l'enfant, je n'ai ni peine ni mérite à reconnaître ce dont il s'agit. C'est sûrement — et fort heureusement, du reste — à une syphilis cérébrale que doivent être rapportés les symptômes actuels, notamment les crises d'épilepsie. En conséquence, je prescris un traitement mixte, à fortes doses. Et l'événement confirme mon diagnostic. Sous l'influence de cette médication, les maux de tête et les troubles congestifs se dissipent comme par enchantement; les crises épileptiques ne se produisent plus; l'intelligence se rétablit, etc.; bref, disparition complète de tous les accidents; guérison.

Ici donc, très sûrement, *syphilis cérébrale* incontestable, et syphilis cérébrale survenue sur un enfant de *sept ans et demi*, par le fait d'une infection héréditaire.

Troisième cas, celui-ci relatif à un enfant un peu plus âgé. Un petit garçon de onze ans nous est adressé pour d'affreuses lésions de la bouche et du nez, à savoir, d'une façon toute sommaire : vaste nécrose affectant le maxillaire supérieur et ayant déjà déterminé la chute de plusieurs dents; — lésions osseuses des fosses nasales; perforation de la cloison; jetage et ozène; — ulcération récente du voile palatin, venant de produire un « trou dans le palais », c'est-à-dire une perforation du voile, au-dessus de la luette.

Le seul aspect de ces lésions nous permet d'affirmer aussitôt la syphilis, laquelle d'ailleurs est encore attestée par les vestiges de deux accidents

---

blables, peut-être le feront-ils par respect pour la décision qu'ils ont prise en faveur de l'animalité souffrante, et de toute façon il est impossible que l'Allemagne puisse jamais faire encore la guerre. C'est là précisément ce que je voulais démontrer.

*
* *

Je suis moins rassuré, à ce propos, par les mœurs espagnoles et par celles de nos populations du Midi. Là, en effet, les vivisections sont encore en grand honneur, et les pauvres chevaux qui sont éventrés par les taureaux, de même que les pauvres taureaux qui sont piqués par les *torreros* et les *espadas*, en savent quelque chose. Or, précisément en même temps que les zoophiles allemands discutaient cette belle loi dont je viens de vous parler, les militaires espagnols faisaient le *pronunciamiento* que vous savez, et qui a si piteusement fini, et les édiles de notre bonne ville de Nîmes prenaient leurs dispositions pour fêter brillamment la dernière course de taureaux de la saison. Entre temps, une Association tendant à empêcher les vivisections se formait à Paris. Je n'en dis rien ici, n'en sachant rien d'ailleurs, ce qui est une bonne raison, et voulant en outre laisser ce soin à un collaborateur plus sérieux.

Quoi qu'il en soit, c'est une constatation triste à faire; mais enfin il faut bien en convenir, le respect de l'animalité est bien moins développé au Midi qu'au Nord, et cela ne me présage rien de bon. Vous verrez (je ne sais quand, par exemple) que tandis que l'Angleterre et l'Allemagne prêcheront la concorde universelle, l'Espagne et le midi de la France chercheront noise au reste du monde. Ce jour-là, je crois, le monde sera bien renversé d'étonnement, à défaut d'autre cause.

antérieurs : taie cornéenne, laissée par une kératite remontant à trois ans, et déformation du tibia consécutive à une hyperostose survenue vers la même époque.

Nous administrons le traitement spécifique, et notre diagnostic se trouve confirmé par l'amendement immédiat des lésions, qui se réparent et guérissent, au moins dans la mesure où elles étaient encore guérissables.

Or, d'où provenait cette syphilis?

L'enquête ouverte à ce sujet nous apprit : 1° que l'enfant, nourri par sa mère et élevé dans sa famille, n'avait encouru, de son fait, aucun risque de contagion, et qu'il n'avait du reste jamais présenté le moindre accident suspect, en dehors des lésions précitées; — 2° que son père était syphilitique et que de plus il se trouvait en pleine explosion secondaire au moment où fut conçu l'enfant; — 3° qu'à la même époque sa mère était affectée de divers symptômes (éruptions cutanées, alopécie, angine, etc.) qui, suivant toute vraisemblance, devaient être également rattachés à la syphilis (1).

Voilà donc, Messieurs, trois cas de syphilis héréditaire où des accidents spécifiques se sont produits à *quatre, sept* et *dix ans*. Et j'en aurais à citer plusieurs autres semblables.

Ces trois cas, notez-le bien, sont entourés de toutes preuves d'authenticité. Caractère incontestablement spécifique des lésions, critérium du traitement, enquête sur les parents, s'avouant syphilitiques, etc.; tout s'y trouve réuni pour la démonstration que nous poursuivons. Ce sont là des cas complets et typiques; rien n'y manque.

Rien n'y manque, ai-je dit. Je me trompe peut-être, au gré de quelques-uns de nos confrères qui n'admettent rien de prouvé sans le contrôle

(1) On remarquera que, dans ce cas, les *premières* lésions qui trahirent l'hérédité syphilitique ne se manifestèrent que vers l'âge de huit à neuf ans. Jusqu'à cette époque, l'enfant était resté absolument indemne. Sur ce point, les parents étaient absolument catégoriques. Nous les avons interrogés à ce propos plusieurs fois, et toujours ils nous ont affirmé que leur enfant n'avait jamais eu « le moindre mal jusqu'à l'âge de huit ans », et que, dans le premier âge notamment, il n'avait jamais présenté « le moindre bouton, la plus légère éruption, etc. »

Ce cas serait donc un exemple de syphilis héréditaire *restée latente jusqu'à l'âge de huit ans.*

---

*
* *

Avez-vous remarqué comme depuis quelque temps la médecine a fait invasion dans la politique? La ligue antivivisectionniste allemande en est une preuve. La ligue antivaccinatrice anglaise en est une autre. Les journaux sensés de l'Angleterre se sont élevés contre les libéraux ou se disant tels, qui entendent laisser la variole exercer ses ravages au nom de la liberté. Mais qu'importe à ceux-ci, pourvu qu'ils puissent discourir dans des *meetings* et voir leurs noms imprimés ?

La Société ponr l'abolition de la vaccination vient de donner à sir Richard Dilke la preuve que, pour elle, le parti libéral est celui qui abrogera les lois qui lui déplaisent. Comme ministre des administrations locales, il a eu l'occasion de recevoir une députation de radicaux de cette nuance particulière, laquelle l'a mis en demeure de proposer un bill d'abrogation de la vaccine. Les excellentes raisons sur lesquelles il a appuyé son refus n'ont fait qu'exaspérer l'Association, et elle a solennellement résolu que tous ses membres, sous peine d'excommunication, voteront dans les élections contre les députés qui refuseront d'opiner pour la suppression de la vaccine, nommément contre sir Charles Dilke. Il a même été décidé de faire une propagande active auprès des électeurs de celui-ci.

O politique, voilà de tes coups! Et si l'on songe aux bienfaits de la vaccine et aux hécatombes que sa suppression amènerait, n'est-ce pas le cas de répéter le mot de M[me] Roland : « Liberté ! que de crimes on commet en ton nom ! »

*
* *

de l'anatomie pathologique. Certains esprits sceptiques n'acceptent de démonstrations que sur la table d'amphithéâtre. Quelque étrange que soit en l'espèce une exigence de ce genre, ne récriminons pas, puisque nous avons moyen d'y satisfaire. Voici donc, comme complément de preuves, un fait *anatomique,* que j'emprunterai à autrui, pour ne pas toujours laisser la scène à mes observations personnelles.

Un auteur étranger, Dowse (1), a relaté, avec de longs et intéressants détails, le cas suivant qu'il me suffira de résumer en quelques mots.

Enfant née d'un père syphilitique, délicate, mais ne présentant pas d'accidents sérieux jusqu'à l'âge de 10 ans. A cette époque, développement d'une *syphilide tuberculo-ulcéreuse* du visage; mutilation du nez, dont l'extrémité est détruite; ozène, anosmie, etc. — Puis, bientôt après, invasion d'une *syphilis cérébrale,* qui se traduit par une foule de symptômes, tels que céphalée à exacerbations nocturnes, accès épileptiques, troubles intellectuels, troubles de la vue, paralysies oculaires, paralysie faciale, anesthésie d'une moitié de la face, troubles de l'équilibre, stupeur, aphasie, hémiplégie partielle, etc. — L'enfant succombe, et l'autopsie, à ne parler que des lésions les plus probantes en ce qui nous concerne, révèle ceci :

1° Trois nappes *gommeuses* reposant sur la convexité des hémisphères, adhérentes à la dure-mère et nées de son tissu;

2° Lésions vasculaires, exactement identiques, soit à l'œil nu, soit à l'examen histologique, avec celles qu'a si bien décrites Heubner et qui, de l'aveu commun, constituent le type de ce qu'on appelle actuellement la *syphilis artérielle.*

Que voulez-vous de plus, et quel cas pourrait jamais être plus probant?

Je n'insisterai donc pas. En ce qui concerne l'enfance, voilà nos preuves faites. Voyons maintenant si la syphilis héréditaire tardive est également démontrée pour les âges ultérieurs.

(1) Thomas Stretch Dowse, *Syphilis of the brain and Spinal cord.* New-York, 1879, page 71 et suiv.

A suivre.

Les électeurs de nos députés français n'en sont pas encore à obliger ceux-ci à voter la suppression de la vaccine, mais ils n'en sont pas moins sensibles aux promesses que leur font les médecins désireux d'obtenir un fauteuil au Palais-Bourbon. D'aucuns y mettent même une certaine naïveté, si j'en crois les bruits qui courent. Un de nos honorables aurait promis à ses clients de les soigner gratis s'il était nommé député. Il le fut, mais les votants comprirent un peu tard qu'on ne peut soigner les malades à cent lieues de Paris et siéger à la Chambre. Aux prochaines élections, la question pourra d'ailleurs se poser de la sorte: Les électeurs ont-ils plus d'avantages à se priver des soins de leur médecin en l'envoyant à la Chambre, ou à le renvoyer à sa clientèle? Peut-être un bon nombre se prononceront-ils pour la première alternative, non par reconnaissance, mais par crainte de ses soins. Ne réveillez jamais le *médecin* qui dort, a-t-on dit. Laissez-le dormir dans son fauteuil législatif, ajouteront les mauvaises langues.

*
* *

Je donne maintenant la parole à l'un de nos savants confrères de province pour une réclamation à propos de l'histoire d'une broche que j'ai racontée dans ma dernière Causerie, d'après M. Jules Claretie, qui la citait d'après Villemot. En littérature fantaisiste, on ne se pique guère en général de remonter aux sources, et M. Claretie n'a pas plus cherché à savoir si Villemot était le père de cette anecdote, que moi à vérifier si son assertion était valable. Il paraît que nous avons eu tort, et que l'auteur de l'historiette est M. Ricord, auquel les feuilletonnistes de ces quarante dernières années ont si souvent emprunté leur esprit.

GYNÉCOLOGIE

MÉMOIRE

sur le

TRAITEMENT DE L'ENGORGEMENT DU COL UTÉRIN
PAR LES CAUTÉRISATIONS AVEC LE CAUSTIQUE FILHOS (1),
(CAUSTIQUE DE VIENNE SOLIDIFIÉ)

Par le docteur G. RICHELOT père,
Médecin inspecteur de l'établissement thermal du Mont-Dore.

VII. — APPLICATION

L'application du caustique Filhos sur le museau de tanche engorgé produit deux espèces d'effets bien distincts, des effets directs sur le tissu de l'organe malade, et des effets réflexes sur les symptômes généraux.

EFFETS DIRECTS

Les effets directs sont plus ou moins intenses et plus ou moins rapides suivant le degré de ramollissement ou d'induration du col, et suivant la durée de l'application. Chez la malade de l'obs. VII, le col était remarquablement mou; toute la portion visible de cet organe s'imprégnant rapidement de caustique comme une éponge, prit une couleur brune, et l'application ne put avoir qu'une durée très courte, quelques secondes. Au contraire, chez la malade de l'obs. X, le tissu du museau de tanche avait une telle dureté que non seulement il fallut faire durer l'application plus de cinq minutes, mais encore plonger l'extrémité du bâton caustique dans de l'alcool pour en accroître la force destructive; et même avec cette précaution, je ne pus obtenir, dans les premières opérations, que des escharres superficielles malgré la puissance du caustique.

L'application du caustique Filhos sur le museau de tanche engorgé a donc pour but et pour effet d'y produire une escharre plus ou moins profonde, c'est-à-dire la décomposition et la destruction d'une certaine portion des tissus malades, qui se trouvent éliminés par la chute de l'escharre.

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 septembre.

Notre confrère, M. le docteur Bénard, de la Roche-Guyon, nous apprend que l'histoire de la broche a été racontée en 1852 à un banquet donné par M. Seutin aux médecins belges, et qu'elle a été reproduite dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* de Martin-Lauzer, 1852, 2e série, t. II, p. 303. Je ne doute pas que M. Claretie joigne ses remerciements à ceux que j'adresse à M. Bénard pour le service qu'il nous a rendu en nous permettant de rendre à Ricord ce qui appartient à Ricord. Mais cependant un autre doute me vient. L'historiette ne remonte-t-elle pas plus haut, Ricord et Villemot ne l'ont-ils pas puisée à la même source? *Nil novi sub sole.*

*
* *

Par exemple, n'a-t-on pas déjà dit que M. de Chambord n'était mort, comme Gambetta et tant d'autres, que de mauvais soins, et non de sa maladie? Cela n'est pas nouveau et je lis à ce sujet, dans un joli petit livre assez rare, le *Voyage de Chapelle et de Bachaumont,* publié vers 1663, et réédité en 1825 par Ch. Nodier, la spirituelle historiette suivante :

« Voici l'exemple d'une tendresse de cœur assez singulière. Chapelle était véritablement ami d'une mademoiselle Chouars, fille de condition, ayant de l'esprit et des connaissances. Comme on servait à sa table de très bon vin, il allait de temps en temps souper en tête à tête avec elle, et son cœur s'attendrissait à proportion de l'excellence du vin.....

Une fois qu'ils avaient tenu table assez longtemps, la femme de chambre survint et fut bien étonnée de voir sa maîtresse en pleurs, et Chapelle accablé de tristesse. A ses

Celle-ci est généralement molle, et laisse après sa chute, qui a lieu du quatrième au huitième jour, une surface ulcérée, rouge, couverte de bourgeons charnus, avec une perte de substance variable, et qui manifeste toujours une tendance plus ou moins rapide vers la cicatrisation, quand l'engorgement est simple et sans éléments de mauvaise nature. Dès le début de sa formation, comme après sa chute, cette escharre molle donne lieu à l'écoulement d'une sanie plus ou moins mélangée de sang, souvent en telle abondance que la malade est obligée de se garnir comme lorsqu'elle a ses règles (obs. IV, VII, VIII, IX, etc.), et qui dure ordinairement plusieurs jours. En général, ainsi qu'il est facile de le comprendre, l'écoulement diminue à mesure que le col se reconstitue et que la guérison approche.

Dans ces conditions, le museau de tanche se trouve transformé en un exutoire tout à fait analogue à ceux que l'on établit à la surface du corps au moyen de la potasse caustique, mais beaucoup plus puissant dans ses effets locaux et généraux. L'écoulement qui s'y produit amène le dégorgement de l'organe; c'est une véritable fonte des tissus engorgés; et l'inflammation qui s'allume sous l'escharre détermine une nouvelle vitalité dans ces tissus, et par suite la tendance au retour de l'état anatomique normal.

Souvent l'application du caustique Filhos sur le museau de tanche engorgé donne lieu, pendant l'application, à une hémorrhagie locale, qui se présente sous la forme de gouttelettes ou de gouttes plus ou moins volumineuses, qu'on voit sourdre sur la surface cautérisée. Ces hémorrhagies ont lieu surtout quand l'engorgement est très mou (obs. VII), ou lorsque, par suite du traitement, le col a perdu en partie sa dureté (obs. I, II). Quelquefois aussi, mais rarement, cette application est suivie pendant quelques jours d'un écoulement sanguin plus ou moins abondant. Ainsi, dans l'obs. I, la deuxième cautérisation avec le caustique Filhos a été suivie, pendant quatre ou cinq jours, d'un écoulement de sang abondant, mais cet écoulement n'a point été jusqu'à constituer ce qu'on aurait pu appeler une perte. Je n'ai jamais vu ces hémorrhagies dangereuses; ordinairement, au contraire, elles sont suivies d'une amélioration dans l'état local et dans l'état général. Cette amélioration semble justifier les médecins qui recommandent, dans les cas qui nous occupent, l'emploi de la saignée générale

---

questions sur la cause de ce qu'elle voyait, Chapelle répondit en soupirant qu'ils pleuraient la mort du poète Pindare, malheureuse victime de l'ignorance des médecins, qui l'avaient tué par des remèdes contraires à sa maladie. Là-dessus, ample éloge du poète, détails immenses de ses belles qualités et de ses talents poétiques, sans oublier la vigueur de son tempérament que les remèdes avaient détruit. La bonne femme de chambre, pénétrée jusqu'au fond du cœur, joignit ses pleurs à ceux de sa maîtresse, et tous trois continuèrent à regretter, avec larmes et sanglots, qu'un si grand homme eût péri si malheureusement. »

N'est-ce pas charmant! Et ne croirait-on pas assister à une veillée bretonne, arrosée de force cidre, en l'honneur de M. le comte de Chambord? Si encore tous ceux qui se permettent de juger à tort et à travers la conduite des médecins avaient l'ivresse pour excuse!

Simplissime.

Ecole de médecine et de pharmacie de Nantes. — M. Laennec, professeur d'hygiène et de médecine légale, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de physiologie vacante par la démission de M. Jousset de Bellesme.

M. Lapeyre, suppléant des chaires de médecine, est nommé professeur de médecine légale, en remplacement de M. Laennec.

M. le docteur Stéphane Leduc, licencié ès sciences physiques, est nommé professeur de physique.

ou locale. Mais le caustique Filhos, par le dégorgement considérable qu'il produit, comme aussi par le sang qu'il fait couler, rend les émissions sanguines inutiles, et de plus, quand il amène un écoulement sanguin, ce n'est pas là seulement la sortie d'une certaine quantité de sang; à cet écoulement sanguin il associe une stimulation spéciale et provoque dans les tissus un travail spécial. Là, est le fond de la médication.

Les premières cautérisations aggravent souvent les souffrances locales. Chez la malade de l'obs. IX, elles ont été suivies, chaque fois pendant quelques jours, d'une augmentation de la pesanteur douloureuse perçue dans le bassin, et d'une difficulté plus grande pour marcher; elles avaient, d'ailleurs, donné lieu à un abondant écoulement sanieux et sanguinolent. C'est qu'en effet elles avaient produit une grande irritation, augmenté l'engorgement d'une manière active et par conséquent le volume et le poids de l'organe, et provoqué un travail inflammatoire douloureux, un travail d'élimination. Ce premier résultat, tout transitoire, est assez commun pour qu'il soit nécessaire d'en prévenir les malades, afin qu'elles ne prennent pas le change et qu'elles ne se découragent pas.

Mais il s'en faut de beaucoup qu'il en soit toujours ainsi, au moins d'une manière tant soit peu durable. Tout aussi souvent, la reconstitution anatomique du col et l'amendement des symptômes locaux commencent très peu de temps après la première cautérisation. Dans l'obs. I, on a pu constater une amélioration notable dans l'aspect du col dès le sixième jour après la première application du caustique Filhos; et, après le dix-huitième jour, une diminution sensible de l'induration. Dans l'obs. XI, neuf jours après la première cautérisation, la plaie résultant de la chute de la première escharre était encore vive, mais déjà le col était moins mou et moins volumineux. Dans l'obs. II, neuf jours également après la première cautérisation, les lèvres engorgées du museau de tanche offraient un commencement de diminution de leur volume et cet organe une tendance à reprendre sa forme normale.

Dans tous les cas, on suit avec intérêt le rapprochement intime des tissus de l'organe; par exemple, chez la malade de l'obs. XV, le retrait progressif du museau de tanche vers le corps de la matrice à la suite de chaque cautérisation; et dans l'obs. IX, la contraction de bas en haut et le resserrement des tissus malades dans la proportion du dégorgement et de la fonte de ces tissus. Ainsi des autres.

Il est à remarquer que dans plusieurs de mes observations le déplacement utérin s'est trouvé amendé par suite de l'action résolutive du caustique. Dans l'obs. VIII, après la première cautérisation le col était moins dévié à gauche. Dans l'obs. IV, sous l'influence des cautérisations et de l'écoulement sanieux qu'elles produisaient, le col et le corps de la matrice perdirent de leur volume; le poids de l'utérus diminua; le fond de cet organe, qui était en rétroversion se releva un peu. Chez la malade de l'obs. III, après le traitement, le travail de résolution suivant son cours, l'antéversion disparut peu à peu. Lisfranc n'avait donc pas tout à fait tort lorsqu'il attribuait à l'engorgement les déplacements utérins

Une chose curieuse, c'est la facilité avec laquelle, au moyen du caustique Filhos habilement manié, en l'appliquant sur les parties saillantes ou indurées, sur la lèvre postérieure qui déborde (obs. V), sur la lèvre antérieure qui fait trop de saillie (obs. VIII), sur les énormes lobes indurés de l'obs. X, on peut régulariser la surface inégale du museau de tanche bosselé, le façonner, le sculpter, le ramener à une forme naturelle. Et l'on peut dire sans image que le col utérin a été remis à neuf, lorsque façonné ainsi et formé d'éléments histologiques nouveaux, il offre, après le travail de résorption et de reconstitution terminé, un volume et un aspect naturels sans trace aucune de la maladie utérine guérie (obs. X, XIII, XIV), et bien mieux encore quand il représente parfaitement, même chez des per-

sonnes qui ont été mères, le museau de tanche d'une femme qui n'a jamais eu d'enfants (obs. I, IV, VI, VIII, IX, X).

La durée du traitement, en d'autres termes, le nombre de cautérisations nécessaires pour arriver à un résultat définitif, est très variable. On comprend que chez une jeune femme n'ayant point eu d'enfants, et dont l'affection est relativement récente (obs. XII), le travail de réparation doit être plus prompt que chez une femme fatiguée par plusieurs grossesses, ou après une maladie utérine longue et grave, ou encore lorsque le col présente une induration exceptionnelle qui le rend difficile à entamer. D'un autre côté, la marche décroissante de l'engorgement et du volume de l'organe peut être retardée par la fluxion menstruelle (obs. II). En tout cas, il importe de s'arrêter à propos; un grave inconvénient d'un nombre exagéré de cautérisations avec le caustique Filhos, ce serait de retarder indéfiniment la guérison en mettant obstacle à la reconstitution histologique. Jamais la dernière cautérisation ne coïncide avec un état définitivement normal du museau de tanche, puisqu'elle doit produire une escharre, qui laissera une ulcération à sa suite. C'est donc par une surveillance attentive, en appréciant le changement qui s'opère dans l'aspect du col malade, en tenant compte du retrait des tissus et en particulier de la tendance plus ou moins rapide à se contracter que manifeste l'ulcère produit par la chute de l'escharre, et, par suite, en remarquant jusqu'à quel point l'écoulement sanieux tend à se tarir, que l'on arrive à juger si l'action chirurgicale doit être suspendue. Dans les cas les plus difficiles, je n'ai jamais eu besoin de faire plus de dix cautérisations. Une fois l'impulsion suffisamment donnée, le phénomène réparateur se continue jusqu'au renouvellement de l'organe. Et si, quelques mois après la dernière cautérisation, le médecin fait une exploration, il a la satisfaction de trouver un col nouveau, jeune, parfaitement conformé, un col qui n'a été altéré ni par la grossesse, ni par l'accouchement, ni par la maladie.

EFFETS RÉFLEXES

Les cautérisations du col utérin engorgé ont, sur les symptômes généraux de cette maladie, un retentissement favorable, qui, en général, est en rapport avec la modification salutaire obtenue dans le siège du mal. Toutefois, de même que nous avons vu les premières applications du caustique augmenter momentanément les souffrances locales en donnant tout d'abord plus d'intensité à la maladie, de même, et par cette dernière raison, ces premières applications, dans beaucoup de cas, aggravent plus ou moins les symptômes généraux; et l'on peut se convaincre par là, si l'on en avait douté, que ces symptômes ont bien réellement leur source dans l'engorgement utérin. Mais cette aggravation n'a pas de durée; elle disparaît, pour faire place au rétablissement graduel de la santé à mesure que l'état local se modifie.

D'un autre côté, et même très souvent, c'est l'inverse qui a lieu; le retentissement favorable sur l'ensemble de la santé marche plus vite que l'action reconstitutive du col malade. Ainsi, dans l'obs. I, dès le lendemain de la cautérisation avec le caustique Filhos, la malade éprouve un sentiment de bien-être inconnu depuis longtemps; le vingtième jour, sa santé générale est déjà bonne; et elle devient de plus en plus satisfaisante après quatre cautérisations. Dans l'obs. XIII, de même, la malade avait la conscience d'un mieux dans sa santé, à la suite de la première cautérisation. Chez la malade de l'obs. VIII, la faiblesse générale a diminué tout de suite après la première application du caustique. La jeune cantatrice de l'obs. XVI, après deux cautérisations seulement put se lever et marcher; le ballonnement du ventre avait diminué; il y avait un commencement de dégorgement et de diminution du col; après trois ou quatre cautérisations, elle put reprendre ses rôles et chanter. Dans l'obs. VI, les douleurs épigastriques, qui domi-

naient la situation et qui tourmentaient la malade depuis onze ans, ont disparu après deux cautérisations avec le caustique Filhos. On se rend compte facilement de ces résultats favorables quand on réfléchit que les symptômes généraux de la maladie qui nous occupe ne sont pas autre chose que des phénomènes réflexes de la lésion locale, des troubles purement fonctionnels et nerveux. Tout ce qui produit une impression sur le point de départ doit produire une impression correspondante sur les phénomènes qui en sont nés et qui y ont leur raison d'être.

En réalité, c'est la lésion histologique de l'engorgement utérin qui, par l'intermédiaire du système nerveux et en vertu des liens physiologiques qui unissent l'organe malade au reste de l'économie, exerce une action spéciale sur la plupart des viscères, et produit la mélancolie, l'affaiblissement général, la dyspepsie, le ballonnement du ventre, les névralgies, etc. Le caustique Filhos, en détruisant les tissus altérés, fait cesser leur influence désastreuse éloignée; et en mettant le col engorgé sur la voie de sa reconstitution, rétablit les rapports normaux entre l'appareil utérin et l'économie. En parcourant les observations qui précèdent, on peut remarquer que les applications du caustique Filhos ont été généralement suivies d'un amendement dans les sensations morbides et dans les symptômes. A mesure que s'opéraient la désorganisation et le renouvellement des tissus qui tenaient l'organisme sous le coup de leur influence réflexe, on voyait revenir, plus ou moins rapidement, la gaîté, les forces générales, l'appétit, les bonnes digestions, les couleurs du visage. Et l'on comprend qu'on ne puisse compter sur un résultat sérieux et durable que par l'emploi d'un caustique puissant.

A suivre.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

EGYPTE : *Mort de M. Thuillier.* — Au moment où il allait quitter Alexandrie, où il venait d'annoncer son retour prochain en France, M. Thuillier, préparateur de M. Pasteur et membre de la Commission française du choléra, a été emporté rapidement par la maladie dont il avait été chargé d'étudier la pathogénie. Cette mort au champ d'honneur de la science cause une vive et sympathique émotion parmi les membres de la colonie européenne en Egypte. L'*Union Médicale* s'associe cordialement à la profonde douleur de sa famille, au deuil de ses camarades de l'Ecole normale et aux sentiments de sympathie qu'éprouvent pour lui tous les amis sincères de la science française.

Mortalité cholérique. — L'épidémie est toujours en décroissance dans la Basse-Egypte. Cependant on comptait encore, le 17 septembre, 1 décès au Caire, 1 décès à Alexandrie et 6 dans les autres localités. Le 18 septembre, la mortalité était de 11 décès cholériques, dont 1 à Alexandrie. — C. E.

BIBLIOTHÈQUE

DES DYSPEPSIES GASTRO-INTESTINALES. — *Clinique physiologique*, par M. G. SÉE, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. Deuxième édition. Paris, 1883; Delahaye et Lecrosnier.

Cette deuxième édition d'un ouvrage dont l'*Union Médicale* a, naguère, à cette même place, publié l'analyse critique, témoigne du succès avec lequel il a été accueilli par l'opinion médicale. Dans un espace de temps aussi court, la pathologie des voies digestives n'a certainement pas été modifiée par des acquisitions bien nouvelles ou par de grandes découvertes. On ne saurait donc trouver dans l'édition actuelle des chapitres complémentaires nombreux. Cependant il en est un qui attirera certainement l'attention parce qu'il fait connaître l'opinion de l'auteur sur l'emploi, les abus et les indications du lavage stomacal par le siphon. Cet instrument n'aurait même pas, d'après M. G. Sée, le mérite d'être nouveau; sa découverte daterait de loin et il y aurait plus de cinquante ans qu'un certain Somerville en aurait eu la première idée.

D'ailleurs, redoutant cet instrument dans les graves ectasies stomacales, M. G. Sée porte contre lui un jugement sévère, parce qu'il aurait donné lieu à des hémorrhagies et à des inflammations. Et puis, ces torrents d'eau ainsi injectés dans la cavité gastrique ne le rassurent guère; ils doivent augmenter les dilatations gastriques et non les diminuer. Aussi, M. G. Sée est-il partisan de la pompe stomacale qui ne posséderait pas ces dangers.

Ce deuxième tirage rencontrera vraisemblablement la même faveur que la première édition. L'un et l'autre sont justiciables de la même critique, ont les mêmes qualités, soulèvent les mêmes objections et méritent le même succès. — C. E.

BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE DE FRANCE, t. VII, 1881-1882. — Paris; J.-B. Baillière.

La Société de médecine légale continue avec succès son œuvre laborieuse; le nombre de ses membres se multiplie; ses séances sont suivies avec intérêt; elles sont animées par de nombreuses discussions, et le tome VII de ses Bulletins témoigne encore une fois de l'activité de ses membres. C'est ainsi que, dans ce volume, le *vol aux étalages* a été encore l'objet d'une longue discussion à laquelle ont pris part MM. Brouardel, Lunier, Motet, Gallard, Blanche, Lasègue et Legrand du Saulle; que la *mort subite pendant la durée d'une colique hépatique* a donné lieu à une brillante communication de M. Brouardel, et que le *tatouage* a fait le sujet d'un mémoire de M. Lacassagne. Signalons encore des observations d'*avortements*, par MM. Olivier, Maison et Sentex; d'*infanticides*, par MM. Billaindeau, de Villiers, Boyron, Fillette; des notes de M. Hanot sur la *paralysie générale;* de M. Rocher sur le *secret médical* et les *déclarations de naissance;* de M. Manouvriez sur un cas d'*empoisonnement par l'ingestion forcée de créosote*, et de MM. Barthélemy et Magnan sur les *intoxications* par les vapeurs de charbon.

Ces mémoires intéressent donc les cliniciens autant que les médecins légistes; il y a pour les uns et les autres grand profit à consulter les Bulletins de la Société de médecine légale; c'est assez dire quelle est la vitalité de cette Société et l'ardeur au travail de ses membres, médecins, magistrats ou jurisconsultes. — L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. RAMON DE LUNA adresse une note sur *le choléra au point de vue chimique.*

Les résultats de mes études chimiques et physiologiques sur le choléra morbus asiatique, recueillis en 1865 par moi à Madrid et aux îles Philippines, surtout à Manille, l'année dernière, par des personnes respectables, m'ont conduit aux convictions suivantes:

1° La *cause* du choléra se trouve toujours dans l'air, d'où il se propage avec les personnes et les objets.

2° Son action s'exerce *exclusivement* par les voies respiratoires.

3° C'est surtout pendant l'état passif des individus, en particulier pendant le sommeil, que son incubation a lieu de préférence.

4° L'action du microbe ou ferment agit particulièrement sur les globules du sang et empêche l'hématose, déterminant une espèce d'asphyxie graduée jusqu'à la mort.

5° Le seul moyen vérifié par moi et par des médecins espagnols, en Espagne et à Manille, de sauver les individus atteints du choléra, dans la période algide, c'est de leur faire inspirer avec prudence la vapeur hypoazotique mêlée à l'air. Deux ou trois inhalations ont suffi, dans les cas consignés au Mémoire que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie, pour soulager immédiatement les malades et déterminer une réaction franche, après laquelle ils ont été hors de danger au bout de quelques heures.

6° Enfin, comme moyen préservatif contre ce terrible fléau, j'emploie des fumigations hypoazotiques, dans les chambres, vaisseaux, etc., deux fois par jour, avant le coucher et au réveil. Pendant la terrible invasion du choléra à Manille, l'année dernière, trois cents ouvriers de l'hôtel de la Monnaie ont été soumis, par mon conseil, à l'action des vapeurs hypoazotiques et préservés absolument.

M. W.-R. BRAME adresse, de Westminster, une Note relative à un exemple d'immunité contre le choléra, qu'il considère comme attribuable à l'action du cuivre.

L'auteur rappelle que la ville de Fahlun, en Suède, au voisinage de laquelle se trouvent

des mines de cuivre exploitées, a toujours été préservée du choléra. Les opérations métallurgiques répandent dans l'air des vapeurs qui rendent impossible toute végétation sur les collines environnantes. M. Brame pense que ces vapeurs doivent avoir aussi pour effet de détruire les germes qui servent à la transmission du choléra. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

M. le Ministre de la guerre adresse à l'Académie une lettre au sujet des travaux de M. le colonel Mangin sur la télégraphie optique, accompagnée de divers documents relatifs à la direction imprimée par le colonel aux expériences effectuées par M. Adam, pour établir une communication par des signaux optiques, entre l'île Maurice et l'île de la Réunion.

(La lettre de M. le Ministre et les documents dont elle est accompagnée sont renvoyés à l'examen d'une commission composée de MM. Faye, Jurien de la Gravière, Mouchez, Cornu, Perrier.)

La Compagnie des chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée transmet à l'Académie un certain nombre d'exemplaires du Rapport qu'elle vient de publier sur les travaux effectués, pendant la campagne de 1882, par le service spécial institué à Marseille pour combattre le Phylloxera.

JOURNAL DES JOURNAUX

Du permanganate de potasse dans le diabète, par Massin. — Dès 1853, Sampson, dans un article inséré dans la *Lancette*, recommandait l'administration du permanganate de potasse dans le cours du diabète. Massin, après l'avoir prescrit depuis ces deux dernières années, dit en avoir retiré dans quelques cas des bénéfices certains, tandis que chez d'autres malades ce médicament a complètement échoué.

Il est probable que le permanganate agit directement sur le foie, le manganèse étant éliminé par la sécrétion biliaire et l'injection sous-cutanée de petites doses de solutions manganiques déterminant la dégénérescence graisseuse de cette glande. Le traitement par le manganèse est spécialement utile dans les cas où le diabète s'accompagne d'un état d'engorgement de la glande hépatique. (*Permanganate of potassium in diabetes*, in *Weeckly Med. Review*, 15 juin 1883.)

Préparation extemporanée de la teinture d'iode, par W. Jost. — On peut obtenir rapidement et facilement par percollation une teinture d'iode égale en activité à celle de la teinture officinale, par le moyen suivant :

Pilez dans un mortier des fragments d'iode métallique en une poudre grossière (une poudre trop fine retarde le processus), versez-la et tassez-la soigneusement dans un filtre long et étroit dont l'extrémité inférieure est fermée par une bourre de coton (le tube d'une seringue en verre d'une capacité de 60 centimètres cubes fera très bien l'affaire). Sur cette poudre d'iode, versez lentement l'alcool qui filtre peu à peu à travers le coton. On peut ainsi préparer sur-le-champ, en moins de trente minutes, de la teinture d'iode obtenue plus rapidement et plus commodément que par aucun autre moyen. (*Tinctura iodi*, par W. Jost. *American Journal of pharmacy*, july 1883, vol. XIII, nº 7.) — L. Dn.

Concours. — Un concours pour la nomination à trois places de médecin-inspecteur titulaire des Ecoles municipales et des Ecoles maternelles de la ville de Lyon s'ouvrira le lundi 10 décembre.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la mairie, à l'Hôtel de ville, avant le 1er décembre.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. Vittorio Colonicatti, professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Turin, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Louis de cette ville, décédé à Chieri, à l'âge de trente-cinq ans.

Cours d'accouchement. — M. le docteur Doloris commencera à la Clinique d'accouchement, le 1er octobre prochain, un cours complet d'obstétrique, théorique et pratique. On s'inscrit, 89, rue d'Assas.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Clinique de l'Hôpital Saint-Louis. — M. le Pr A. Fournier.

De la syphilis héréditaire tardive.

Suite et fin. — Voir les numéros des 18 et 22 septembre.

Dans l'adolescence, les cas sont encore très nombreux. Je vous en citerai quelques-uns, pris presque au hasard parmi ceux dont je dispose.

Une observation communiquée par le docteur Surmay (de Ham) à la Société de chirurgie est relative à un enfant qui, né de parents syphilitiques, commence par présenter, à l'âge de trois semaines, quelques accidents spécifiques, en guérit par un traitement approprié, passe au delà seize ans sans rien offrir de suspect, puis est affecté alors d'une *ostéo-périostite* d'un tibia. Cette lésion (qui, comme nous le verrons, est une de celles que réalise le plus fréquemment la syphilis héréditaire tardive) est reconnue comme syphilitique, combattue par l'iodure de potassium, et se résout complètement sous l'influence de ce remède.

« J'avais connaissance, dit le docteur Surmay dans les commentaires annexés à l'observation, des antécédents de ce jeune homme, l'ayant soigné pour les accidents syphilitiques qu'il avait éprouvés dans son enfance. Je fus donc aussitôt édifié sur la nature de cette lésion osseuse. Mais que serait-il arrivé si un autre médecin que moi eût été consulté à propos de cette dernière lésion? A l'époque où elle se produisit, le père était mort, et le père avait seul notion de la syphilis de son enfant comme aussi de la syphilis de sa femme, laquelle ignorait sa propre maladie. La véritable origine de l'affection fût sans doute restée méconnue, et, *au lieu de la syphilis, on eût diagnostiqué la scrofule* (1). » C'est là, en effet, n'en doutez pas, ce qui a lieu le plus souvent; en pareille occurrence, le diagnostic de scrofule se substitue presque invariablement au diagnostic de syphilis héréditaire.

Une autre observation, due à Hutchinson, nous présente un enfant syphilitique, né de parents syphilitiques, qui, sans parler d'une kérato-iritis double survenue dans le jeune âge, fut affecté, vers onze ans, de diverses manifestations diathésiques, à savoir : hypertrophie du foie, ascite, albuminurie, et « nodosités osseuses » extraordinairement multiples. Ces gonflements osseux, volumineux et durs, — dont quelques-uns sont représentés dans le bel Atlas d'Hutchinson — occupaient à la fois les deux humérus, les deux cubitus, les deux fémurs, les deux tibias, les deux péronés, et l'un des coudes.

De même, M. le docteur Horand a relaté le cas d'une jeune fille qui, née d'une mère syphilitique, fut affectée, de douze à quinze ans, d'une kérato-conjonctivite à laquelle succéda un néphélion, puis, à l'âge de dix-huit ans, d'une nécrose palatine avec ozène. Cette dernière lésion aboutit à une perforation de la voûte palatine, avec ulcération périphérique. Soumise au traitement ioduré, elle se modifia « en l'espace de quelques jours » et se cicatrisa complètement.

Voyez encore cette belle pièce, due à l'habileté bien connue de M. Jumelin. Elle reproduit si fidèlement la nature que chacun de vous, du premier coup d'œil, a déjà reconnu un type de lésion gommeuse. C'est bien, en effet, un ulcère gommeux, qui s'atteste évidemment pour tel et par ses

bords élevés, entaillés à pic, et par son aréole d'un rouge sombre, et plus encore par son fond inégal, raviné, bourbillonneux, etc. Le traitement spécifique, d'ailleurs, a fait ici la preuve de la spécificité de la lésion en guérissant ce vaste ulcère avec une rapidité significative.

Or, quel malade présentait cette lésion? Un jeune garçon de dix-huit ans qui, de son fait, ne s'est encore exposé à aucun risque de contagion. Mais il est fils d'une femme syphilitique, qui a été contaminée par un nourrisson il y a vingt ans. Et, de plus, l'influence héréditaire de la syphilis se traduit encore sur lui par une taie cornéenne, vestige d'une ancienne kératite, non moins que par des malformations dentaires dont j'aurai bientôt à vous entretenir.

Donc, vous le voyez, pour l'adolescence comme pour l'enfance, notre thèse est prouvée. Il est indéniable que l'hérédité syphilitique peut se traduire sur l'adolescent par des manifestations diverses d'ordre spécifique.

Cette influence héréditaire s'arrête-t-elle là? Non encore. Très certainement elle se prolonge plus avant dans la vie, et c'est là ce qui me reste à établir.

Vous vous souvenez sans doute d'un jeune homme de *vingt-quatre ans*, qui occupait, il y a quelques mois, le lit n° 25 de la salle Henri IV, et qui avait été conduit ici par deux larges et profondes ulcérations de la langue. L'aspect de ces lésions était tellement caractéristique que d'emblée notre diagnostic fut établi. Il s'agissait manifestement, au-dessus de toute contestation possible, de lésions gommeuses, comme le démontraient à la fois et l'excavation profonde de ces ulcères, et leurs bords entaillés à pic au sein de tissus durs, et leur configuration circulaire, et leur fond jaune, putrilagineux, d'où l'on détachait par le pinceau des lambeaux sphacélés, etc. Un diagnostic différentiel n'était même pas à instituer avec le cancer, l'épithélioma, l'ulcère tuberculeux, non plus qu'avec toute autre lésion étrangère à la syphilis. Le traitement, au surplus, jugea la question à brève échéance; car ces lésions, qui étaient vraiment hideuses et menaçantes le 15 janvier, se trouvèrent guéries, absolument guéries le 7 février, sous la seule influence de la médication iodurée. De telles lésions guéries en trois semaines par l'iodure de potassium, cela équivaut, Messieurs, à une démonstration mathématique de leur spécificité. Il n'est que la vérole sur laquelle l'iodure exerce une action aussi puissante et aussi rapide.

Eh bien, cependant, ce jeune homme, longuement et soigneusement interrogé par nous à diverses reprises, niait tout antécédent de syphilis. Jamais il n'avait eu ni chancre, ni érosion à la verge ou ailleurs, ni éruptions cutanées, ni plaies de la bouche, ni croûtes du cuir chevelu, ni chute de cheveux, ni glandes cervicales, etc., etc. En un mot, nous ne trouvions rien sur lui qui pût avoir trait à une syphilis acquise.

Et, d'autre part, une enquête rétrospective, patiemment et minutieusement instituée par mon chef-adjoint de clinique, M. le docteur Brocq, nous apprenait ceci :

1° Que le malade était né d'un père incontestablement syphilitique, qui avait été traité, à l'hôpital du Midi, par le vénérable docteur Puche pour des « accidents de vérole constitutionnelle » ;

2° Que la mère du malade avait été soignée également, et cela à diverses reprises, pour des manifestations de syphilis ;

3° Que notre malade, enfin, avait été très positivement affecté, un mois après sa naissance, de « plaques muqueuses » à la bouche et à l'anus, pour lesquelles un traitement mercuriel lui avait été prescrit, etc., etc.

Quoi de plus net comme historique, quoi de plus complet comme ensemble et, au total, quoi de plus satisfaisant?

Supposez un instant, Messieurs, qu'au lieu du cas précédent, je vous aie

raconté l'histoire d'un malade qui, ayant gagné la syphilis à vingt ans, serait affecté, vingt-quatre ans plus tard, de gommes linguales. Quelles objections verriez-vous à élever contre un tel fait? Pas une seule. Vous trouveriez ce fait absolument correct, parfaitement normal, et conforme de tous points à l'évolution classique de la syphilis. Car, s'il existe une vérité malheureusement trop démontrée, c'est la persistance de la diathèse syphilitique dans l'organisme humain, c'est la longévité, je dirais presque la pérennité de cette diathèse, qui se traduit encore par des accidents divers — et par des accidents dont vous connaissez la haute gravité, — vingt ans, trente ans, quarante ans et plus après le début de l'infection.

Eh bien, Messieurs, ce fait que vous accepteriez comme normal, régulier, conforme aux habitudes de la vérole, c'est exactement (différence d'âge éservée) l'histoire de notre malade. Chez notre malade, comme chez le précédent, c'est une syphilis qui, vingt-quatre ans après la contamination première, s'est révélée par des gommes de la langue. Seulement, pour lui, la contamination première datait de la vie intra-utérine, tandis que chez le second nous l'avons supposée se produisant àvingt ans. Mais la syphilis contractée à n'importe quel âge est toujours la syphilis, et je ne vois vraiment pas pourquoi la syphilis contractée *in utero* serait incapable de produire ce que produit la syphilis de contagion extra-utérine, c'est-à-dire de déterminer tels ou tels accidents à échéance plus ou moins reculée, d'affecter une évolution chronique, une durée indéfinie, etc. Je me demande et je recherche vraiment ce qu'il y a d'illogique à admettre qu'une syphilis infectant un organisme humain avant la naissance puisse faire ce que fait la syphilis en toute autre condition, c'est-à-dire subsister dans cet organisme, et se traduire plus ou moins tardivement par des accidents divers. Ce qui serait illogique, me semble-t-il, ce serait de supposer le contraire, c'est-à-dire de gratifier la syphilis héréditaire d'une faculté d'extinction, de guérison, qui malheureusement est loin d'être son partage.

Mais passons, car vraiment, au nom du bon sens, l'évidence est formelle, et il est manifeste, *a priori*, que la syphilis héréditaire doit être susceptible de la même évolution et de la même longévité que la syphilis acquise. D'ailleurs tout est ici dans les faits, dans les constatations de la clinique, et vous venez de voir que les faits confirment pleinement en l'espèce ce que la théorie permet de préjuger.

Un autre exemple achèvera de vous convaincre, et celui-ci sera le dernier, car je commence à craindre en vérité de lasser votre attention par le défilé monotone d'observations toujours plus ou moins analogues entre elles, comme aussi de prolonger au delà du nécessaire une démonstration acquise.

Nous avions dans nos salles, ces temps derniers, un homme de *vingt-huit ans*, qui était entré à l'hôpital pour une syphilide gommeuse occupant la partie antérieure de la jambe et développée au-dessus d'un tibia chroniquement hyperostosé. Dans ce cas, encore, le diagnostic était formel, indiscutable; il fut d'ailleurs vérifié par le prompt succès du traitement, qui fit justice en quelques semaines de la lésion cutanée.

Et cependant cet homme récusait énergiquement tout antécédent de syphilis acquise.

D'après diverses considérations, que je passerai sous silence pour abréger, nous fûmes conduits à supposer une syphilis héréditaire comme origine des accidents que nous avions sous les yeux. Une enquête fut ouverte en ce sens, et cette enquête ne tarda pas à nous révéler ceci : 1° que le père du malade avait été, suivant toute vraisemblance, affecté de syphilis, et cela antérieurement à la naissance de son fils; qu'en tout cas sa femme était sûrement syphilitique, puisque, seize mois après la naissance de l'enfant, elle perdait le voile du palais et la luette par le fait d'accidents spécifiques;

— 2° en ce qui concerne personnellement notre malade, qu'à l'âge de trois mois « il avait été admis à l'hôpital de l'Enfant-Jésus pour des éruptions que le docteur Trousseau considéra comme syphilitiques et traita par une médication spécifique, notamment par des bains de sublimé »; — qu'à cinq ans, il fut affecté de lésions osseuses intéressant les deux coudes; — qu'à sept ans, il souffrit longtemps d'inflammations oculaires graves, qui compromirent la vue; — qu'à douze ans, un de ses tibias commença à se tuméfier, pour aboutir à une hyperostose très volumineuse; — qu'à quinze ans, débuta une nouvelle série d'accidents bien plus graves, à savoir : ulcérations intra-nasales, lésions osseuses des fosses nasales, nécroses, puis éboulement du nez; — ulcérations extensives de la voûte palatine, du voile palatin, des piliers, des amygdales, du pharynx; mutilation de tous ces organes qui sont aujourd'hui en partie absents, en partie couverts de cicatrices considérables, etc.; — enfin que, plus tard encore, il se produisit des ulcérations nouvelles sur la lèvre supérieure et le nez, et que vers le même temps il se fit une nécrose de l'arcade dentaire supérieure, etc.

En un mot, voilà, sur un même malade né syphilitique, toute une série d'accidents spécifiques échelonnés *depuis l'âge de trois mois jusqu'à l'âge de vingt-huit ans,* tous accidents portant le cachet de la vérole et se servant, si je puis ainsi parler, de témoignages réciproques au point de vue de leur origine commune. Quelle observation pourrait-on désirer plus probante, pour attester que la syphilis née *in utero* a la faculté de poursuivre ses victimes jusque dans l'âge adulte, exactement comme nous voyons chaque jour la syphilis acquise dans la jeunesse étendre ses manifestations jusque dans une étape avancée de la vie, voire jusque dans l'extrême vieillesse?

Je m'arrêterai ici, Messieurs, et cela pour deux raisons : parce que, d'abord, je suppose faite la démonstration que je poursuis; — parce qu'ensuite je ne possède pas encore d'observations *personnelles* établissant l'authenticité indéniable d'accidents de syphilis héréditaire au delà d'une trentaine d'années.

Je sais bien qu'on a cité des cas où l'influence héréditaire de la syphilis se serait étendue plus avant dans la vie, se serait prorogée jusqu'à 40, 44, 46 ans, voire jusqu'à 65 ans! Mais ces cas — dont je vous entretiendrai plus tard pour les discuter en détail — n'offrent pas, je puis le dire dès à présent, cet ensemble de garanties scientifiques qui rend indiscutables les observations dont je vous ai parlé jusqu'ici. Je les laisserai donc de côté; à dessein je les passerai sous silence, et cela pour ne pas compromettre par des faits équivoques, prêtant le flanc à la critique, la thèse que j'ai produite et soutenue jusqu'alors au prix de faits que, pour ma part du moins, je juge irrécusables.

Et qu'on ne me reproche pas cette rigueur vis-à-vis des auteurs qui ont cité les cas en question, que j'exclus pour l'instant de notre cadre. Car une rigueur excessive est nécessaire, indispensable, dans un sujet tel que le nôtre, où tout est discuté, controversé, nié, dans un sujet dont l'existence même est tenue en suspicion par quelques-uns de nos confrères. Mon devoir, ce me semble, est de choisir des matériaux solides pour l'édifice que je cherche à élever, c'est-à-dire de mettre en œuvre exclusivement des observations complètes, irréprochables; et mon droit, à coup sûr, est de n'apporter au procès qui va se débattre que des faits dont j'accepte et supporte la responsabilité.

Voilà posé, Messieurs, le sujet qui doit nous occuper; en voilà, de plus, l'authenticité bien établie. Maintenant entrons en matière.

Pachydermie symétrique des membres inférieurs.

Lecture faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 9 juin 1883,

Par M. Charpentier, médecin-adjoint à la Salpêtrière.

Messieurs,

Je n'ai pas été peu embarrassé pour donner un titre à l'observation que j'ai l'honneur de vous soumettre, car les termes d'éléphantiasis, de sclérodermie œdémateuse, de myxœdème ou encore d'œdème chronique, termes auxquels je n'ai pas pu m'arrêter, représentent un ensemble symptomatique auquel le sujet de mon observation répond incomplètement. J'ai cru, pour pouvoir rester sur un terrain neutre, devoir employer l'expression de *pachydermie*, qui ne préjuge rien, bien que ma conviction intime soit que l'affection de ma malade constitue un état mixte ou intermédiaire, un chaînon dans la chaîne constituée par les différentes maladies que je viens d'éliminer en les dénommant.

Voici d'ailleurs, pour vous permettre d'apprécier, l'histoire de notre malade :

La demoiselle Brioude, 39 ans, est née à Chaudezaigues (Auvergne) de parents auvergnats. Elle ne connaît dans sa famille aucun mélange de races; elle n'y connaît non plus aucun vice de conformation; elle n'a pu me fournir aucun renseignement héréditaire sur sa famille capable d'éclairer la nature de sa maladie. Sa mère, petite, sèche, vive, emportée, est morte hydropique à 61 ans; son père, d'une bonne constitution, est mort, à 72 ans, d'une fluxion de poitrine; elle a perdu huit frères et sœurs morts en bas âge, sans convulsions ni bouffissures; elle a un frère qui serait asthmatique; elle ne connaît ni aliénés, ni épileptiques dans sa famille. Elle vint au monde avec un vice de conformation, amputations multiples congénitales des doigts et syndactylie. (Sa mère aurait eu une peur pendant la grossesse.) On lui a raconté qu'à sa naissance les appendices digitaux qui lui manquent existaient, reliés par un pédicule cutané très mince aux portions qui sont restées; ces appendices sont tombés par la section des pédicules; qui fut opérée à l'aide d'un fil par le médecin du pays.

Elevée à la campagne, marchant nu-pieds jusqu'à vingt ans, elle n'a pas fait de maladies graves, mais eut souvent des malaises de courte durée. Nous notons à 12 ou 13 ans un abcès au pli de l'aine gauche survenu sans cause connue de la malade, qui s'ouvrit seul et guérit en quelques jours sans troubles consécutifs. Souvent elle était prise de courbatures durant trois ou quatre jours, avec fièvre, perte d'appétit, douleurs dans les cuisses et dans les jambes, devenues sensibles à la moindre pression; ni rougeur, ni éruption à la peau, ni gonflement, cela disparaissait rapidement par le repos. A 14 ans, sans autre cause que la fatigue, elle eut la jambe droite gonflée, rouge au niveau du mollet; presque pas de douleur; guérison en quelques jours par des applications d'eau de sureau. Elle fut réglée à 16 ans, et, depuis, la menstruation n'a pas été troublée; depuis quatre ans, les règles seraient beaucoup plus abondantes en quantité.

A 16 ans, c'était une boulotte, pâlotte, rondelette, assez ronde pour mesurer 65 cent. de taille; toutefois, les membres n'étaient ni volumineux ni grêles. A 18 ans, elle eut des vomissements nerveux qui durèrent quinze jours de suite; ils disparurent pour reparaître à des intervalles irréguliers, mais sans persister; ces vomissements ont parfois été précédés de perte de connaissance passagère; parfois ces pertes de connaissance étaient précédées de simples nausées ou survenaient quand elle allait à la garde-robe; elle fut aussi sujette, à partir de 20 ans et depuis, à des migraines violentes, de peu de durée, assez fréquentes, et qui, ainsi que les vomissements, semblent disparues depuis deux ans. Elle habite Paris depuis vingt ans, a exercé la profession de charbonnière, et, en cette qualité, a souvent et longtemps séjourné dans des locaux humides.

Pas de grossesse, pas de scarlatine, pas de syphilis; ni rhumatismes, ni fièvres intermittentes; pas de chagrins ni d'émotions violentes; je ne garantirai pas l'usage un peu exagéré du vin.

A 29 ans, sans cause connue, elle eut un érysipèle de la face et du cuir chevelu; durée, trois semaines; récidive à cette époque; ni troubles nerveux ni accidents consécutifs; quatre ans plus tard, à 33 ans, nouvel érysipèle avec les mêmes caractères, la même récidive et sans suite également, sauf un peu d'épaississement des traits de la figure. Toutefois, c'est à cette époque, il y a de cela dix ans, que la malade fait remonter le début du développement des membres, sans établir aucune relation entre ce phénomène et les érysipèles.

Le gonflement a débuté par le membre inférieur gauche, au-dessus des chevilles; il apparaissait par la fatigue, disparaissait par le repos, revenait quelques jours après; mais,

par un mouvement ascensionnel, il gagna lentement sans douleur, sans coloration de la peau, toute la jambe et la cuisse. Sur ces entrefaites, le membre inférieur droit se prit également et dans les mêmes conditions, sans oscillations apparentes avec les phénomènes du membre opposé. Le développement fut insidieux, graduel, le gonflement envahit les jambes, les cuisses, les fesses, la paroi abdominale et la région lombaire; parfois la malade éprouvait dans les paupières une sensation de vibration; frémissement à l'occasion d'une légère contrariété, et, le lendemain, les paupières étaient boursouflées, puis ces symptômes disparaissaient pour reparaître. Pendant le développement de ces désordres, la malade était encore sujette fréquemment à des lassitudes et à des courbatures spontanées, mais moins douloureuses qu'autrefois, avec quelques accès de fièvre; parfois une légère teinte rosée apparaissait sur les jambes pour disparaître peu après; mais il ne survint ni érysipèle, ni éruptions cutanées; la pression était indolore; les membres paraissaient lourds, mais la malade conservait une agilité relative; elle éprouvait par intervalle des sensations de frémissement qui parcouraient l'un ou l'autre membre inférieur; ces sensations, la malade ne les rapportait pas à la peau; il lui semblait qu'elles se produisaient dans l'épaisseur du membre. Elles survenaient surtout la nuit vers deux heures du matin, analogues aux sensations que l'on éprouve en se pinçant le coude; il lui suffisait de se lever et de marcher un peu pour les voir disparaître. Elles existent d'ailleurs encore; depuis quelques années, elle éprouve des sensations de poids dans le dos, au-dessus des reins; cette sensation qui survient dans la journée est suivie d'une somnolence invincible de courte durée (narcolepsie); elle a toujours été plus mal à l'aise par la chaleur, en même temps que le gonflement augmentait; autrefois, ce gonflement des membres inférieurs disparaissait l'hiver, mais, depuis quatre ans, il persiste pendant cette saison tout en diminuant. C'est depuis cette époque que les vomissements deviennent plus rares ainsi que les migraines, et que les règles deviennent trois fois plus abondantes; c'est également depuis cette époque qu'ont apparu la toux et l'oppression qui persistent encore actuellement. Depuis deux ans, elle est tourmentée par des bourdonnements dans l'oreille gauche.

Il y a un an à peu près que j'ai vu cette malade pour la première fois à la consultation de la Salpêtrière; et voici les phénomènes qu'elle a présentés lorsque je l'ai examinée; comme vous le verrez, Messieurs. ce sont à près ceux qu'elle présente aujourd'hui.

C'est une femme de 39 ans, aux apparences courtes et trapues; le visage, dont les yeux vifs brillent à travers l'ouverture des paupières tuméfiées et rouges, est rond et épaissi; on constate un œdème plus marqué à la racine du nez et aux paupières inférieures, moindre aux supérieures et au front. C'est un œdème rosé, dont la teinte s'étend parfois sur le cuir chevelu; les cheveux sont moins nombreux; les paupières inférieures sont parfois tellement bouffies qu'elles donnent au toucher la consistance de petites poches d'eau placés au devant des yeux; les ailes du nez sont épaissies; les autres régions de la tête, de la face, ne présentent rien d'anormal; au cou, rien; corps thyroïde peu volumineux; les creux sus-claviculaires ne présentent ni boules graisseuses, ni l'œdème rhumatismal chronique décrit par le professeur Potain; ni les empâtements du myxœdème dans ces régions, si net chez le crétin décrit par Bourneville; la région thoracique et les membres supérieurs ne présentent rien; toutefois, disons par anticipation que, en janvier dernier, la main gauche fut gonflée pendant près de trois semaines jusqu'au tiers inférieur de l'avant-bras; gonflement mou, non coloré, non douloureux, siégeant surtout à la face dorsale et ayant cédé à la suite d'un vésicatoire que la malade eut l'idée de s'appliquer au bras. Par contre, les deux membres inférieurs, jambe, cuisse, fesse, présentent une augmentation de volume généralisée telle que les dimensions suivantes pourront, Messieurs, vous en donner une idée. Des mesures circulaires, prises au niveau du développement maximum du mollet, donnent 56 centim. à gauche, 52 à droite; prises à la cuisse à 15 centim. au-dessus de la rotule, elles donnent 59 à gauche, 52 à droite; au creux poplité, le gonflement moindre permet de sentir les tendons musculaires qui le limitent; au pli de l'aine également, d'explorer les ganglions inguinaux et cruraux, les vaisseaux veineux et artériels qui ne présentent rien d'anormal; aux jambes, le développement est tel que, en arrière, le mollet représente une volumineuse masse ovoïde reposant sur deux renflements superposés, le supérieur formé par un énorme bourrelet cutané, le second par le talon qui, loin de déborder la jambe en arrière, est débordé par le bourrelet supérieur et ressemble à une boule supportant tout le bloc qui est au-dessus. En avant, le collet de la jambe est remplacé par le même bourrelet qui vient recouvrir le dos du pied, dont il est séparé par une plicature profonde, mais moindre que la plicature qu'il présente sur sa face supérieure. Au pied, même gonflement, mais plus modéré; rien à la région plantaire. Même aspect pour le membre inférieur droit avec des dimensions un peu moindres. Le tégument

tendu, lisse, blanc, vernissé, sans éruption, desquamation ni développement vasculaire, sans troubles de la sensibilité, est fortement appliqué sur les tissus sous-jacents, sur lesquels il est impossible de le faire glisser; même impossibilité pour mouvoir et déplacer les plans anatomiques des régions sous-jacentes; même impossibilité pour obtenir un pli du tégument en le pinçant entre les doigts; aucune modification de température, d'ailleurs la malade elle-même n'en accuse pas; la pression, indolore, donne une sensation d'empâtement élastique toute particulière, elle fait croire à de l'œdème, et cependant le doigt n'y laisse pas la cupule caractéristique des infiltrations œdémateuses ordinaires; si on appuie longtemps le doigt sur le membre en le promenant et en massant un peu la région, on sent la consistance devenir un peu fluide; le doigt paraît y exercer une dépression, mais celle-ci est si courte qu'elle disparaît aussitôt; cet œdème est moins dur le matin, moins dur en hiver, moins dur par le froid. Outre les sensations de vibration précitées, la malade éprouve aussi des sensations de coup de marteau à apparition rapide et courte, rapportées par elle au trajet du nerf sciatique. Quant aux autres perversions, exagération, abolition de la sensibilité, nous n'en avons pas constaté, sauf une sensation de gêne, de poids, de lourdeur facilement expliquée par le volume des membres. Les mouvements sont gênés, mais conservés; la malade est même très agile, étant donné le volume des masses qu'elle doit mettre en mouvement; la marche, sauf les lassitudes et courbatures subites que nous avons mentionnées, la gêne peu; les membres transpirent à peine, quoique la peau ait conservé son onctuosité et son poli, d'ailleurs elle a toujours peu transpiré.

Nous ne pouvons quitter la description des membres sans vous faire remarquer combien les pieds sont peu volumineux par rapport aux poteaux informes qu'ils supportent; nous insistons également pour vous faire remarquer les malformations congénitales du pied gauche et des deux mains. Au pied gauche, les ongles manquent aux trois derniers doigts, sont conservés au pouce et au deuxième doigt; les cinq orteils sont soudés ensemble et renfermés par la même envelope cutanée sans trace de cicatrice, la flexion et l'extension des doigts sur le métatarse se font facilement. A la main gauche, l'annulaire et le médius, plus courts que les autres doigts ne présentent que deux phalanges; l'annulaire mesure 3 centimètres de longueur; les phalangettes, les ongles, n'existent pas sur ces deux doigts; les deux autres doigts, sont bien conformés. A la main droite, le pouce n'existe pas, la peau recouvre le métacarpien, l'index ne présente qu'une seule phalange, la première, qui paraît plus longue que celle des autres doigts. Aucun trouble de la sensibilité, comme autre trouble trophique de ces régions. La palpation des parois abdominales, grandes lèvres, régions lombaires, fait constater le même état du tégument plus prononcé également à gauche qu'à droite.

L'examen de l'appareil digestif ne nous a fourni rien d'anormal; rien aux muqueuses buccales et linguales, rien aux dents, ni aux glandes salivaires; appétit très développé; quelques vomissements, pas d'hémorrhoïdes, rien au foie, ni à la rate, ni à l'exploration de la cavité abdominale; l'examen des appareils de sécrétion ne nous a rien donné; 'examen des urines plusieurs fois répété par nous et d'autres confrères ne nous a jamais fait constater d'albumine dans les urines, qui sont claires et normales en quantité jamais d'hématurie ni de chylurie, peu de transpiration, jamais d'éruptions cutanées; du côté de l'appareil respiratoire, nous constatons une oppression qui devient graduellement plus manifeste, de la toux sans douleurs thoraciques, mais avec expectoration de crachats de bronchite chronique, épais, jaune verdâtre. La voix est normale. A l'auscultation, nous constatons un mélange de râles sibilants et sous-crépitants assez abondants, surtout aux deux bases; pas d'épanchement pleural; pas de signes de tubercules; le cœur, dont les battements sont sourds, n'offre rien autre d'anormal; rien au pouls; la malade a quelquefois de la fièvre la nuit; rien du côté des voies lymphatiques.

Du côté du système nerveux, nous ne trouvons rien au point de vue du système moteur, ni même de la sensibilité générale, mises à part les sensations de frémissement, de coup de marteau, la gêne occasionnée par la chaleur; du côté des organes des sens examinés sans instruments, nous ne constatons que les bourdonnements de l'oreille gauche, sifflements qui deviennent insupportables depuis un an; ils s'accompagnent parfois d'un peu de vertige; nous rappelons à ce propos les défaillances, pertes de connaissance, nausées, vomissements de la malade, qui nous paraissent des modalités différentes d'un même trouble nerveux, car, quoique notre malade n'ait jamais eu d'attaques de nerfs, elle nous dit que, souvent la nuit, elle se mord la langue, ou plutôt au réveil, le matin, elle constate que la langue a été mordue pendant la nuit; incontinence.

Les nuits sont en effet troublées; elle sait qu'on l'entend gémir, elle a des soubresauts

fréquents ; elle se lève parfois pour calmer ses malaises ou rejette ses couvertures ; toutefois, ni cauchemars, ni hallucinations, ni terreurs. Nous avons vainement cherché des troubles mentaux qui nous paraissaient indiqués par les troubles nerveux que nous venons de décrire. A part un peu de tristesse qu'éprouve la malade quand elle pense à son mal, elle est d'un caractère gai, elle comprend facilement, répond clairement et rapidement aux questions qui lui sont adressées, sans troubles de la parole ; elle a appris facilement à lire et à écrire ; la mémoire paraît bonne ainsi que les autres facultés intellectuelles, étant tenu compte bien entendu de la classe à laquelle appartient notre sujet.

Depuis un an, l'état de choses a peu changé; à la suite d'application d'huile de cade sur le mollet gauche, est apparue une pustule d'echthyma qui a laissé pendant un mois une ulcération de la largeur d'une pièce d'un franc à bords taillés à pic, non décollés, à fond sanieux et grisâtre, suivie d'une cicatrice mince et blanche; l'huile de cade a aussi déterminé un érythème de cette région. La main gauche œdématiée en janvier dernier ne l'est plus; le nez et les paupières ont épaissi, mais nous avons fait prendre longtemps un gramme d'iodure de potassium par jour; des bains froids prolongés que la malade prenait avec plaisir n'ont produit aucune amélioration et ont dû être cessés à cause de l'augmentation des troubles thoraciques. La médication arsénicale longtemps prolongée n'a rien produit non plus; nous n'avons pas fait d'autre traitement.

En résumé, malformation congénitale des extrémités, adénite inguinale gauche suppurée passagère à 13 ans et courbatures fréquentes, douloureuses, des membres inférieurs pendant l'enfance, gonflement érysipélateux et passager du mollet gauche pendant l'adolescence, embonpoint déjà très marqué à l'époque des règles, vomissements et migraines fréquentes depuis, tels sont les antécédents de cette malade qui, après deux érysipèles ordinaires de la face survenus à quatre ans de distance, à 29 et à 33 ans, voit à partir de cette époque survenir lentement, insidieusement, un développement des membres inférieurs tellement exagéré qu'il offre un aspect véritablement éléphantiasique. Cet état, depuis dix ans, va en augmentant et s'accompagne de troubles de la respiration sans troubles cardiaques et urinaires. Joignez-y des troubles nerveux de nature épileptiforme, sans aucun désordre mental.

A suivre.

BIBLIOTHÈQUE

Contribution a l'étude de la néphrite infectieuse dans l'érysipèle de la face, par le docteur Jules Blechmann. Paris, 1883, Ollier-Henry.

Le travail inaugural de M. Blechmann roule sur une question véritablement neuve, celle des *néphrites infectieuses*. L'auteur s'est borné à étudier la néphrite comme complication de l'érysipèle de la face; mais l'altération du rein est ici ce qu'elle est dans d'autres états infectieux, et, tout en circonscrivant sa tâche, notre confrère n'en a pas moins abordé un sujet très vaste et d'un intérêt général.

Nous savions depuis longtemps que l'érysipèle s'accompagne souvent d'albuminurie. Beaucoup de maladies aiguës jouissent du même privilège ; mais aucun lien, aucune idée générale n'a réuni jusqu'ici les albuminuries symptomatiques des fièvres typhoïdes, éruptives, etc. Généralement la présence de l'albumine était considérée comme un signe fâcheux; mais on n'allait guère plus loin dans l'interprétation.

Aujourd'hui, l'albuminurie prend une signification plus précise, grâce aux travaux modernes sur les maladies septiques en général, sur l'érysipèle considéré comme affection parasitaire, enfin sur les néphrites dans leurs rapports avec les diverses toxhémies.

Dès 1868, avec Hueter et Nepveu, l'érysipèle a trouvé son microbe ; et maintenant on découvre les mêmes organismes inférieurs dans le sang des érysipélateux, dans leurs phlyctènes et dans leurs urines. Ceci n'est qu'un fait particulier dans l'étude générale des néphrites infectieuses, magistralement exposée au Congrès de Londres par le professeur Bouchard.

C'est à ce travail d'ensemble que M. Blechmann apporte sa contribution, tout d'abord en traçant l'historique des troubles urinaires dans l'érysipèle ; puis en relatant une série d'observations personnelles recueillies avec soin ; enfin, en décrivant les lésions, le mécanisme, la marche de la néphrite érysipélateuse. Dans le chapitre où il traite de la pathogénie, l'auteur expose et réfute la théorie de la superalbuminose de Gubler, celle de l'hyperhémie rénale par suppression des fonctions cutanées, celle des modifications

circulatoires apportées par la fièvre dans les capillaires du rein, et développe la théorie moderne de l'altération septique du sang. Tous les auteurs s'accordant pour attribuer à cette altération l'albuminurie qui survient dans les maladies infectieuses telles que la pyohémie, la pourriture d'hôpital, la fièvre puerpérale, etc., pourquoi ne pas admettre la même explication pour l'érysipèle, qui est aussi manifestement une maladie infectieuse ? Notre confrère considère donc cette albuminurie, avec le professeur Bouchard, comme le résultat de l'action nocive des germes sur les éléments du rein. Voici les conclusions de son intéressant travail :

1° L'albuminurie, dans l'érysipèle de la face, existe plus souvent qu'on ne le croit; elle est fréquemment rétractile.

2° Elle est très souvent symptomatique d'une néphrite infectieuse.

3° Quand cette néphrite existe, on trouve dans les urines des érysipélateux les signes les plus nets des lésions rénales (cylindres, déchets épithéliaux, globules du sang).

4° On y trouve de plus, pendant toute la durée de l'albuminurie, des organismes sphériques, isolés ou agglomérés.

5° Ces organismes sont les mêmes qu'on retrouve dans la sérosité des phlyctènes et dans le sang des malades.

6° Les symptômes de eette néphrite infectieuse résident presque exclusivement dans les urines ; c'est donc une complication à rechercher.

7° Cette complication peut être très grave et entraîner la mort par urémie, souvent à courte échéance.

8° Sa durée ne dépasse pas quatre à cinq septenaires, à moins qu'elle ne se termine par l'état chronique ou la mort.

9° Les lésions que l'on trouve à l'autopsie du côté des reins sont celles des néphrites mixtes et celles produites par la dégénérescence granulo-graisseuse.

10° Cette néphrite est due au passage des organismes contenus dans le sang à travers le filtre rénal. — L'albuminurie n'est pas due à l'hyperthermie, ni à la lésion cutanée.

L.-G. R.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SCLÉROSE, par M. le docteur DUPLAIX. — Paris, 1883; O. Doin.

La pathogénie et l'évolution du processus scléreux ont, depuis quelques années, été l'objet de nombreuses études. Les travaux de MM. Debove et Letulle, les expériences de M. Strauss, les observations de Berger et Rossenbach, les recherches de M. Grasset, pour citer seulement quelques observateurs, démontrent la coïncidence des lésions scléreuses dans plusieurs organes simultanément.

Dans sa thèse inaugurale, M. Duplaix a étudié cette question à l'aide de l'histologie et de la clinique, et démontre à nouveau la coexistence de ces diverses localisations organiques de la sclérose. Ce processus reconnaît une cause générale, et le lien qui unit « entre elles ces localisations diverses d'un même état morbide, et qui démontre « l'influence d'une cause unique et générale dans leur production », n'est autre que les altérations vasculaires.

Première manifestation du processus pathologique, l'artério-sclérose précède la prolifération conjonctive, même dans les organes, comme le rein, où en apparence elle serait consécutive aux lésions épithéliales. Les vaisseaux sanguins artériels ou veineux, primitivement altérés, sont les foyers d'irradiation de la prolifération conjonctive, et ces altérations sont presque toujours celles de l'artérite. L'artério-sclérose commande donc l'évolution de ces diverses localisations morbides, de sorte que la cirrhose atrophique, la néphrite interstitielle ne sont que les mêmes manifestations d'un état morbide général.

Enfin, M. Duplaix admet, comme M. Martin, que ces lésions dépendent d'un trouble nutritif, de là le nom de sclérose dystrophique qu'elle mériterait dans l'anatomie pathologique générale. La thèse de M. Duplaix prendra donc place, honorablement et utilement, à côté des récents travaux sur le processus scléreux. — L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 juin 1883. — Présidence de M. Millard.

Suite et fin. — Voir le numéro du 20 septembre.

M. Vallin lit la note suivante relative à l'*isolement des varioleux* :

La Société médicale des hôpitaux ne doit pas laisser échapper l'occasion que lui offre notre collègue, M. Rathery, de discuter la question de l'isolement dans les maladies contagieuses. Depuis le rapport de M. Vidal, en 1864, il n'y a pas eu de discussion générale sur ce sujet devant la Société, et l'on peut dire que, malgré de récentes améliorations, l'isolement des malades contagieux laisse beaucoup à désirer à Paris. Au Congrès international d'hygiène, en 1878, j'avais proposé l'étude de cette question, et j'ai été chargé de rédiger un rapport, que M. Fauvel a bien voulu signer avec moi, mais auquel on a donné, à mon insu, un titre (*Prophylaxie des maladies infectieuses et contagieuses*) qui ne répond nullement au sujet traité. Je me garderai bien de rééditer devant vous ce long travail, je me contenterai de soumettre quelques observations et de demander quelques renseignements à notre collègue M. Rathery.

M. Rathery n'est pas partisan de la construction d'un hôpital spécial, consacré exclusivement aux varioleux, pour une grande ville comme Paris, et je dois dire qu'en 1862 la Société a adopté, avec une unanimité qui m'étonne un peu, la troisième conclusion du rapport de M. Vidal :

« La création d'un hôpital spécial pour la variole n'est pas nécessaire et pourrait avoir des inconvénients. »

Sans méconnaître les difficultés résultant de l'éloignement d'un hôpital unique consacré à la variole, il n'est pas douteux qu'en diminuant le nombre des foyers, on diminue les chances de transmission et de dissémination. Pour qu'un hôpital d'isolement soit réellement efficace, il faut qu'il ait un personnel spécial d'infirmiers, un matériel de lingerie, de literie, de vêtements qui ne rentre pas dans le service commun, toutes choses qu'il est très difficile d'obtenir même dans un pavillon distinct d'un hôpital général; c'est cette communauté du personnel et du matériel qui rend si souvent illusoire l'isolement des contagieux dans les hôpitaux d'enfants.

M. Rathery craint que l'établissement d'un hôpital spécial ne nuise à l'instruction des élèves, et il dit avec raison que l'intérêt public consiste à avoir des médecins capables de reconnaître et de soigner une maladie aussi redoutable que la variole. Je suis de son avis sur ce dernier point; mais, sur le premier, je suis d'un avis tout à fait contraire.

Si tous les varioleux étaient concentrés dans un hôpital spécial, les élèves qui y seraient admis apprendraient plus, en suivant assidument 150 malades pendant quinze jours, qu'en venant de temps en temps visiter quelques varioleux dans les salles d'un hôpital mixte. L'admission des élèves dans les services d'un hôpital spécial n'aurait lieu que moyennant certaines formalités auxquelles il est aujourd'hui difficile d'astreindre des visiteurs de passage : ils seraient tous revaccinés, comme les infirmiers, par les soins du chef de service lui-même, huit jours avant d'être admis dans l'hôpital; ils changeraient de vêtement, ou revêtiraient avant de pénétrer dans les salles une sorte de houppelande en toile, comme on le fait dans plusieurs hôpitaux étrangers; ils seraient astreints à certaines ablutions désinfectantes, le lavage des mains, par exemple, qui peut être oublié quand on ne voit un varioleux qu'en passant; enfin, ils ne seraient pas exposés à aller ausculter un pneumonique dans une salle voisine immédiatement après avoir ausculté le cœur d'un varioleux en pleine desquamation.

Si cet hôpital était placé au voisinage des fortifications, comme est l'hôpital Bichat, il n'y aurait aucun danger à redouter pour le voisinage. Il ne faut pas d'ailleurs se laisser trop impressionner par les cas de propagation de variole qui ont été observés en ces dernières années au voisinage des hôpitaux de varioleux, soit à l'Annexe de l'Hôtel-Dieu de Paris, soit au *Fulham smallpox hospital* de Londres. A l'Hôtel-Dieu en particulier, les infirmiers des salles de varioleux pouvaient sortir et se répandre dans les rues basses et encombrées (rue Galande et autres) qui bordent l'Annexe : les varioleux originaires du quartier étaient incessamment visités par leurs parents et leurs amis qui demeuraient à deux pas et qui venaient se promener dans le service des varioleux; les vêtements apportés par les malades à leur entrée leur étaient rendus sans être suffisamment désinfectés. Voilà bien des raisons pour expliquer la propagation de la variole au voisinage, surtout quand l'hôpital est au contact immédiat d'un quartier populeux. Au contraire, dans un

hôpital spécial, il y aurait une discipline et des règlements *ad hoc*, les visites seraient restreintes aux proches parents et aux cas les plus graves, elles seraient soumises à certaines précautions très bien formulées dans l'*Instruction* des *Fever hospitals* anglais; un lazaret de désinfection, muni d'étuves à air chaud et fonctionnant très régulièrement, pourrait y être établi. En un mot, un hôpital d'isolement, pour les varioleux surtout, implique une installation minutieuse qu'il est impossible d'improviser dans un service spécial d'un hôpital général. Quant aux difficultés de transport, il ne faut guère s'en ccuper, puisque les malades ne doivent être transportés que dans des voitures affectées exclusivement à cet usage, et que les visites des parents doivent être restreintes le plus possible.

C'est par un isolement rigoureux des cas sporadiques qu'on a le plus de chance d'éviter les grandes manifestations épidémiques de la variole ; malheureusement on ne commence à prendre des mesures, le plus souvent, que lorsque la multiplication des cas a excité une émotion générale.

Comme à M. Rathery, il me paraît indispensable d'établir à l'entrée de cet hôpital des cabinets d'observation, afin de ne pas garder pendant deux jours, au milieu des varioleux, un malade au début d'une rougeole ou d'une autre affection. A Londres, chaque *smallpox hospital* est pourvu de locaux de ce genre; il en est de même à Venise, à Copenhague, à l'hôpital d'isolement d'Oresund. Un pavillon du modèle Tarnier conviendrait parfaitement pour cet usage. Je crois même qu'il n'y aurait pas de danger à ménager, dans chacun des hôpitaux généraux, quelques chambres d'observation bien isolées pour les cas urgents ou indécis; on éviterait ainsi, dans bien des cas, un transport inutile à l'hôpital spécial.

M. Rathery propose l'établissement d'hôpitaux de convalescents pour les varioleux. Dans les cas où il existe déjà des hôpitaux communs de convalescents comme à Vincennes, comme au Pecq, je crois qu'il y a avantage à ménager un pavillon séparé, bien isolé pour les convalescents de variole; mais cet avantage me paraît des plus contestables en dehors de ces conditions. Avant de construire un hôpital de varioleux convalescents, il faudrait d'abord avoir un hôpital pour les varioleux en pleine évolution ; on hésitera toujours à faire double dépense de locaux et de personnel, car les précautions ne devront pas être moindres pour les convalescents que pour les malades, et l'on aura bien de la peine à faire comprendre aux administrateurs et au public que les seconds sont au moins aussi dangereux que les premiers. Au Congrès de l'Association médicale britannique réuni à Cork en 1879, le docteur Moore, de Dublin, avait préconisé ces hôpitaux de convalescents pour la variole, la scarlatine, la rougeole, le typhus pétéchial; ce projet a été accueilli avec faveur, mais il n'a pas été discuté sérieusement, et il a été enterré par l'envoi à ne commission. Au premier abord, l'idée de construire des hôpitaux de cette sorte est séduisante; en examinant les choses de plus près, les inconvénients et les difficultés sont manifestes.

Il en est autrement des places payantes dans les hôpitaux de varioleux. Il y a quelques années, M. Lereboullet a fait connaître à la Société de médecine publique la situation intolérable où s'était trouvé un de ses malades qui avait contracté la variole au cours d'un voyage à Paris; on l'avait expulsé de l'hôtel et l'on ne voulait pas le recevoir à la Maison municipale de santé.

Il n'est pas possible qu'un pareil état de choses continue dans une grande ville comme Paris, où le mouvement des voyageurs et des étrangers est incessant ; il y va de l'intérêt général. L'Assistance publique a créé ou rattaché à son service la Maison municipale de santé; c'est pour les maladies contagieuses surtout qu'une pareille institution est indispensable; autrement les varioleux se feront tolérer à prix d'argent ou se cacheront dans les hôtels de voyageurs; ils y deviendront une cause énorme de propagation de la maladie.

C'est une des raisons, selon nous, pour demander la création d'un hôpital spécial de varioleux; il deviendrait naturel d'y annexer un pavillon à chambres payantes, où l'on pourrait trouver tout le confortable auquel sont habitués certains malades. En Angleterre, il existe un grand nombre de petits hôpitaux d'isolement; la plupart ont été fondés à l'aide de dons ou de souscriptions volontaires, pour permettre aux familles aisées de traiter un de leurs membres sans exposer tous les autres au danger de la contagion. La mère vient s'installer dans un appartement de l'hôpital avec un de ses enfants atteint de scarlatine ou de rougeole, afin de ne pas exposer tous les autres; elle peut même s'y faire soigner par son médecin habituel. Il y a d'ailleurs des chambres de toutes les classes et des salles communes pour les personnes peu aisées. Le *Local Government Board* a publié cette année une enquête de M. le docteur Thorn sur les hôpitaux d'isolement de la Grande-Bretagne. C'est un gros volume in-8° que voici; il contient les plans

et la description d'une centaine de ces hôpitaux pour maladies contagieuses. On y trouve sur le fonctionnement de chacun d'eux les renseignements les plus intéressants. A Cheltenham, par exemple, à l'aide des dons et des souscriptions on a construit le *Delancey hospital*, qui contient 32 lits et a coûté 250,000 francs ; il est réservé exclusivement à la variole et à la scarlatine. On y paie 13 francs par jour dans les chambres particulières, 3 francs dans les salles communes; les familles aisées y vont spontanément et peut-être un peu sous la pression de l'opinion publique. A Warrington, à Bradfort, on a essayé de faire payer (20 francs par semaine) les malades qui avaient quelques ressources; on a eu de la peine à faire les remboursements, et l'on a décidé que l'on admettrait gratuitement ceux qui ne voudraient ou ne pourraient payer; on a pensé que cette minime dépense serait un véritable profit pour la communauté. L'on peut, en parcourant ce volume, voir quels soins on a pris pour assurer la désinfection du matériel, pour éviter les transmissions par les visiteurs ou le personnel de ces petits hôpitaux. L'année dernière, une colonie d'Anglais a entrepris de fonder à Nice un hôpital d'isolement de ce genre, afin de préserver des dangers de la contagion la population de malades qui viennent chercher un soulagement à leurs maux dans cette station.

Un pareil établissement manque à Paris, et dans un pays où les fondations par souscription ne sont pas dans nos mœurs, c'est l'Assistance publique qui seule pourrait prendre l'initiative d'une pareille création.

D'ailleurs, la communication de M. Rathery fait mettre le doigt en quelque sorte sur une lacune de notre législation ou de nos règlements sanitaires. Actuellement, le directeur de l'hôpital Tenon n'a pas le droit de retenir malgré lui un convalescent de variole; et malgré l'avis de notre collègue, il a dû céder devant les réclamations du malade. Est-il aujourd'hui une loi ou un règlement qui empêche un varioleux en pleine desquamation d'entrer dans une salle de spectacle, de s'installer dans une galerie haute du théâtre, de s'y gratter pendant toute la représentation et de laisser tomber des flots de poussière virulente sur les nombreux spectateurs placés au-dessous de lui? Ce danger peut se renouveler à chaque pas, dans une église, un concert, un restaurant ou un café. Sous le prétexte de ne pas porter atteinte à la liberté d'un individu, on laisse cet individu porter l'atteinte la plus grave à la santé et à la vie de tous. Combien de fois n'est-il pas arrivé qu'un concierge garde au lit, dans une loge fréquentée par un grand nombre de locataires ou des fournisseurs de la maison, un enfant en pleine éruption de variole, de scarlatine, ou atteint de diphthérie maligne?

Il n'en est pas ainsi dans d'autres pays. En Angleterre, l'article 126 du *Public Health Act* de 1875 condamne à une amende de 125 francs toute personne qui, « pendant qu'elle est atteinte d'une maladie contagieuse, s'exposera volontairement et sans précautions à répandre sa maladie dans une rue, place publique, boutique, taverne, voiture publique, ou entrera dans une voiture publique, sans au préalable prévenir de sa maladie le propriétaire, le conducteur ou le cocher. » Il en est de même de toute personne qui donnera, prêtera, vendra, transmettra ou exposera sans les avoir d'abord désinfectés, la literie, le linge, les chiffons ou autres objets infectés. Celui qui louera sciemment une maison ou une chambre où aura demeuré une personne atteinte de maladie contagieuse sans avoir dûment fait désinfecter ces locaux, sera passible d'une amende de 500 francs. »

Tant qu'une ordonnance de ce genre n'existera pas chez nous, quel droit pouvons-nous invoquer pour empêcher un convalescent de variole de quitter l'hôpital ou le service d'isolement au quinzième jour; et alors, à quoi sert-il d'organiser à grands frais des hôpitaux d'isolement, s'ils ne servent qu'au début de la maladie ?

La question est pleine de difficultés, on ne saurait le méconnaître. Que faire, par exemple, quand un ouvrier chargé de famille réclamera sa sortie pour aller reprendre son travail? Et cependant on ne peut rester désarmé. Pour cela une loi n'est pas nécessaire. Aux termes des lois sur l'organisation municipale du 5 mai 1855 et du 24 juillet 1867, les maires sont exclusivement chargés, sous la surveillance des préfets, des mesures à prendre pour prévenir ou arrêter les épidémies, etc. Ils pourraient donc prendre, chacun pour sa commune, des ordonnances comparables au *Public Health Act* que nous citions tout à l'heure. Il appartiendrait à la ville de Paris de prendre cette initiative et de donner ce salutaire exemple.

Notre Société ne peut que contribuer à provoquer l'attention des pouvoirs publics sur tout un système sanitaire qui est en voie de création dans les pays voisins et dont on s'occupe à peine dans le nôtre: la déclaration obligatoire des cas de maladie contagieuse, la désinfection obligatoire et même l'isolement obligatoire dans tous les cas de maladie transmissible, en particulier de la variole.

M. Tenneson: Depuis deux ans et demi, j'ai été à même d'observer quelques faits qui viennent à l'appui des conclusions de M. Rathery. Une jeune femme prise de rougeole est

envoyée par erreur dans la salle des varioleuses, elle y prend la variole et en meurt. Une autre malade, atteinte d'urticaire, est placée également parmi les varioleuses, elle y gagne la variole et succombe à son tour. Des méprises de ce genre ont lieu chaque jour ; j'ajoute qu'elles sont souvent inévitables; mais au moins elles ne seraient point aussi préjudiciables aux malades si nous possédions dans les hôpitaux des salles d'attente ou d'observation qui permettent de fixer les diagnostics incertains.

Il faudrait aussi que tous nos élèves fussent non seulement vaccinés, mais encore revaccinés, avant de mettre le pied dans nos salles. Un de mes élèves, pris de variole, vient de succomber. Il n'avait pas même été vacciné !

Il faudrait encore, et cela est de toute nécessité, que nos pavillons d'isolement soient munis de chambres payantes pour les étrangers de passage à Paris, et chassés de partout comme des lépreux; nous ne verrions plus alors un malheureux voyageur contractant la variole à Paris, repoussé de tous les hôtels, rejeté de la Maison municipale de santé, et venant mourir dans mon service à l'hôpital Tenon, épuisé par tant de pérégrinations. Tel fut dernièrement le cas d'un pauvre confrère américain.

Je me suis demandé si la présence d'un pavillon d'isolement pour les varioleux dans un hôpital favorise l'éclosion des cas intérieurs; je n'en crois rien. Depuis deux ans et demi, je n'en relève que 16 à l'hôpital Tenon. C'est peu. D'ailleurs, quand des cas intérieurs se développent, c'est par séries dont il est possible de retrouver la source.

M. Vallin: Tous nos élèves devraient être aujourd'hui non seulement vaccinés, mais revaccinés.

Il y a aussi de grandes précautions à prendre dans les pavillons d'isolement avec les poussières de balayage; au lieu de les laisser voltiger partout, ce qui est un excellent moyen pour transmettre la variole, je les fais mélanger avec du son ou du sable, puis jeter au feu, en hiver comme en été. Je recommande cette pratique à mes collègues des hôpitaux civils.

M. Dujardin-Beaumetz: Il y a deux mois se sont déclarés quatre cas de variole dans mes salles, trois ont été suivis de mort. La variole avait été importée par une de mes infirmières qui était allée rendre visite à l'infirmière du pavillon des varioleux.

M. Dujardin-Beaumetz et M. Debove expriment l'avis qu'il y aurait lieu d'exiger des certificats de revaccination pour tous les élèves des hôpitaux, internes, externes, stagiaires ou bénévoles, et pour tout le personnel des infirmiers et des infirmières.

M. Lailler : Il avait été convenu, dès l'année 1864, que la revaccination devrait être étendue non seulement à tous les employés des hôpitaux, mais autant que possible à tous les malades qui y sont admis.

M. Dumontpallier : Depuis onze ans j'ai exigé la revaccination au lycée Louis-le-Grand pour tout élève nouveau, et, depuis cette époque, je n'ai pas observé dans ce lycée un seul cas de variole. Pour moi, je ne connais qu'un remède à la variole, c'est la revaccination obligatoire pour tous les Français.

M. Duguet : Depuis cinq ans j'ai pu, très facilement, obtenir la revaccination de tous mes malades, hommes ou femmes, à Tenon, puis à Saint-Antoine, et maintenant à Lariboisière ; cette revaccination est faite régulièrement tous les huit jours ; et, depuis cette époque, les cas intérieurs de variole sont inconnus dans mes salles.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, Duguet.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 mai 1883. — Présidence de M. Reliquet.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. de Beauvais demande à remercier ses collègues des regrets qu'ils ont bien voulu lui exprimer à l'occasion de sa démission, et les félicite du choix qu'ils ont fait en nommant pour son successeur M. Thorens.

M. le Président, au nom de la Société, remercie M. de Beauvais des sentiments qu'il exprime à son égard et du profond dévouement dont il a toujours fait preuve envers elle.

M. Antonin Martin demande, au sujet du titre de la communication faite dans la dernière séance par M. Duroziez sur le diagnostic des bruits organiques et inorganiques du

cœur, s'il est bien juste d'employer les mots organiques et inorganiques, et s'il ne vaudrait pas mieux dire physiologiques et pathologiques.

M. Duroziez répond qu'il serait peut-être bien difficile de s'entendre et de déterminer d'une façon précise la valeur exacte des adjectifs que propose M. Martin. Il lui semble que le titre auquel il s'est arrêté ne doit laisser de doute dans l'esprit de personne. La plupart des membres présents déclarent avoir parfaitement compris la pensée de M. Duroziez.

La correspondance imprimée comprend: le *Progrès médical*, le *Concours médical*, la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, le *Journal des sages-femmes*, le *Journal d'hygiène*, une brochure de l'Association française pour l'avancement des sciences.

La correspondance manuscrite comprend une lettre du ministère de l'instruction publique donnant à la Société connaissance d'une lettre du chirurgien général de l'armée des Etats-Unis qui désirerait entretenir des relations d'échange avec les Facultés et Sociétés médicales de France. Il propose de répondre favorablement à cette ouverture et fait observer que la bibliothèque médicale du ministère de la guerre des Etats-Unis est une des plus importantes de ce pays.

Dans le cas où on accepterait, le ministère expédierait à titre gracieux, sans frais, toutes les publications qu'on adresserait de France et ferait parvenir, dans les mêmes conditions, tout ce qui serait envoyé des Etats-Unis à l'adresse des Facultés et Sociétés médicales françaises.

La Société accepte à l'unanimité. M. le secrétaire général est chargé de transmettre au ministère de l'instruction publique cette acceptation.

—

M. Thorens prend la parole en ces termes :

En prenant possession de mes nouvelles fonctions, je tiens à remercier mes collègues de la marque de confiance qu'ils m'ont donnée en m'appelant au secrétariat général de notre Société. Je m'en trouve profondément honoré, et je tiens à les assurer et de ma gratitude et de mon entier dévouement aux intérêts de la Société actuellement dans une situation prospère: le cadre de nos titulaires est presque complet; le nombre de nos correspondants est considérable, et nous sommes maintenant en relations suivies avec tous. Nos ordres du jour sont généralement remplis, et les communications portées à notre tribune variées et intéressantes.

Cette situation heureuse est due à votre travail, mais surtout au zèle infatigable, au dévouement et à l'aménité du secrétaire général que nous avons tous vu avec regret quitter prématurément ses fonctions. Aussi, succéder à M. de Beauvais sera pour moi un périlleux honneur; je ne puis prétendre à faire mieux, je n'espère que le continuer, et cela sans présomption téméraire, car j'escompte à l'avance l'appui bienveillant qu'il m'a promis.

Pour vous, Messieurs, je vous demande de me prêter le concours que vous avez apporté à mon prédécesseur; vous pouvez compter sur tout mon dévouement aux intérêts de la Société, sur tout mon zèle à activer ce qui est la condition vitale de notre prospérité, la publication rapide de vos travaux.

M. de Beauvais remercie M. Thorens des éloges qu'il veut bien lui adresser.

—

M. le Secrétaire général annonce à la Société que le docteur Spencer Wells, de Londres, membre correspondant de la Société, a été élevé récemment à la dignité de baronnet par la reine d'Angleterre. M. de Beauvais a écrit au docteur Spencer Wells, au nom de la Société, une lettre de félicitations. Il annonce, en outre, que M. Reliquet vient d'être tout récemment proclamé lauréat de l'Institut.

M. le Président fait part à la Société d'une heureuse nouvelle: M. Lunier, un de ses membres honoraires, vient d'être élu, dans la dernière séance de l'Académie de médecine, membre titulaire.

—

M. Duroziez lit son rapport sur la candidature de M. Blondeau au titre de membre honoraire, rapport qui conclut à l'acceptation. Les conclusions mises aux voix sont adoptées. Le vote aura lieu dans la prochaine séance.

M. Antonin Martin lit une observation sur un cas d'empoisonnement par une décoction de 40 grammes de feuilles de digitale suivi de guérison. (Voir le numéro du 18 septembre.)

DISCUSSION

M. Duroziez : Quant aux altérations de la vue que M. Martin signale dans son observation, c'est une chose régulière. Toutes les observations d'empoisonnement par la digitale en font mention. Tout individu qui absorbe de fortes doses de digitale éprouve des accidents semblables du côté de la vue. C'est la règle. Il voit des ombres, des nuages, des animaux, etc. Ces phénomènes sont extrêmement communs dans la thérapeutique de la digitale. Ce que j'aurais voulu, c'est savoir quand les pulsations sont redevenues normales.

M. Antonin Martin : La dernière fois que j'ai pu observer le pouls de mon malade, il était à 54. Depuis, je ne l'ai plus revu. Il a repris son service à l'octroi. J'ai noté le ralentissement du pouls du huitième au vingt-deuxième jour.

M. Duroziez : Dans l'intoxication par la digitale, le pouls reste ralenti bien plus longtemps. J'ai trouvé notablement plus que cela. Un caractère de la digitale, c'est de produire une pulsation forte et une faible. Il faut avoir soin d'étudier le cœur en même temps que le pouls. Bien que le pouls soit vibrant, souvent les battements du cœur ne vont pas jusqu'à lui. La pulsation faible peut manquer.

Un autre caractère de la digitale, c'est de produire de la faiblesse. Certains individus ayant pris une assez forte dose de digitale éprouvent une extrême faiblesse qui peut aller jusqu'à la mort. Il est difficile d'apprécier la quantité de digitale que le malade de M. Martin a prise : la tisane a pu être mal faite; de plus, il a vomi. Ce sont deux choses qui ont dû le sauver. En somme, on ne peut savoir la quantité exacte qu'il a absorbée.

M. A. Martin : Ce qui prouve qu'il en a beaucoup absorbé, ce sont les coliques ombilicales qu'il a éprouvées. La tisane a été faite avec 40 grammes de feuilles; or, 1000 grammes de bonnes feuilles devant donner, d'après Nativelle, 1 gramme de digitaline, il aurait donc absorbé 40 milligrammes de digitaline.

M. Duroziez : On ne peut pas savoir exactement. Certains auteurs ont dit qu'ils avaient pu donner impunément jusqu'à 15 grammes de poudre de digitale. C'est une monstruosité. Je reviendrai sur la nécessité de manier la digitale avec précaution. On a vu des doses minimes produire quelquefois des accidents graves.

M. Perrin : Je regrette de ne pas avoir assisté au commencement de la lecture ; j'ai eu l'occasion d'observer un cas d'intoxication qui s'est produit dans les circonstances suivantes ; un jeune paysan, de 20 ans, avait pris une décoction de feuilles de digitale avant de partir pour un marché voisin. Après avoir bu un grand verre de décoction contenant je ne sais quelle quantité de digitale, il a attelé et est parti. C'est dans l'après-midi seulement que des phénomènes et des accidents très graves d'intoxication se sont développés plusieurs heures après l'ingestion du médicament, huit à neuf, je crois. Le médecin appelé a pu le guérir. Dans le cas de M. Martin, les accidents se sont développés une heure après.

M. le Président donne la parole à M. Fraigniaud, qui lit deux observations du docteur Pineau, du Château (île d'Oleron).

1° *Gangrène du petit doigt d'origine probablement paludique;* — 2° observation sur un cas d'*ainhüm indigène.*

La Société décide que ces observations seront publiées et des remerciements adressés à M. le docteur Pineau.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Dr Fauquez.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 14 au 20 septembre 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 942. — Fièvre typhoïde, 35. — Variole, 5. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 22. — Diphthérie, croup, 22. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 10. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 44. — Phthisie pulmonaire, 179. — Autres tuberculoses, 12. — Autres affections générales, 62. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 44. — Bronchites aiguës, 16.— Pneumonie, 43. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 65; au sein et mixte, 45; — inconnues, 8. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 72; circulatoire, 63; respi-

ratoire, 51; digestif, 55; génito-urinaire, 23; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulat. et muscles, 3. — Morts violentes, 32. — Causes non classées, 9.

RÉSUMÉ DE LA 38e SEMAINE. — La mortalité parisienne continue à être très faible. 942 décès ont été notifiés cette semaine au service de statistique. Quoique un peu supérieur au chiffre exceptionnel de la semaine précédente (910), ce nombre doit être considéré comme très faible.

Si l'on compare le nombre des décès causés par les maladies épidémiques à ceux des semaines précédentes, on constate que la plupart d'entre elles n'ont pas notablement varié.

La Fièvre typhoïde (35 décès au lieu de 36), la Variole (5 décès dans chacune des deux semaines), la Rougeole (16 décès dans chacune des deux semaines), la Scarlatine (pas un seul décès dans chacune des deux semaines) et enfin la Diphtérie (22 décès au lieu de 25) sont restées stationnaires, ou ont subi des variations insignifiantes.

On constate au contraire une aggravation pour l'Erysipèle (10 décès au lieu de 1) et pour la Coqueluche (22 décès au lieu de 11). Cette maladie n'a pour ainsi dire pas causé de décès dans les quartiers du centre de Paris; on n'en a rencontré que dans le Xe arrondissement et dans les arrondissements excentriques.

Parmi les maladies saisonnières, on constate l'état stationnaire de la Bronchite aiguë (16 décès dans chacune des deux dernières semaines), une aggravation notable de la Pneumonie (43 décès au lieu de 28), et enfin une sensible atténuation de l'Athrepsie; cette maladie des jeunes enfants, qui avait seule une fréquence élevée pendant la semaine précédente, est devenue rare, quoique le mois de septembre soit particulièrement favorable à son développement (118 décès au lieu de 145).

356 mariages et 1144 naissances (544 garçons et 600 filles) ont été notifiés au service de statistique. Parmi les naissances, 860 étaient légitimes et 284 illégitimes dont 64 reconnues immédiatement par l'un des parents au moins.

Dr Jacques BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

PILULES CONTRE LA CHORÉE. — Da Costa.

Valérianate de zinc.	2 gr 50 centigr.
Sulfate de cinchonine	1 gr 25 centigr.

Conserve de roses, q. s. pour faire 20 pilules.

Une pilule, trois fois par jour, contre la chorée. — N. G.

NÉCROLOGIE. — M. Thuillier, qui vient d'être victime à Alexandrie de l'épidémie cholérique, et dont nous avons annoncé la mort dans notre dernier numéro, n'était âgé que de vingt-sept ans.

Après avoir fait brillamment ses études au lycée, il fut reçu le troisième à l'Ecole normale, après le concours de 1877. Il en sortit en 1880 premier agrégé de physique. Il y rentra aussitôt comme préparateur au laboratoire de chimie physiologique, celui de M. Pasteur. Son nom fut désormais joint à celui de MM. Chamberland et Roux dans toutes les notices que l'illustre maître écrivit sur ses travaux et ceux de ses collaborateurs.

M. Thuillier avait pris part aux célèbres expériences de Pouilly-le-Fort (mai 1881), qui démontrèrent l'efficacité de la vaccination charbonneuse. Au mois de septembre de la même année, il fut envoyé en Hongrie et dirigea des expériences publiques de vaccination à l'Institut vétérinaire de Budapest et dans la ferme de Kapuvar. D'avril à juin 1882, il remplit une mission analogue en Prusse, et dirigea les expériences de Packisch et de Borschütz.

Parmi les divers travaux entrepris au laboratoire de M. Pasteur, il s'occupait spécialement du rouget des porcs et de la fièvre typhoïde des chevaux.

M. Thuillier n'était point médecin, comme le font supposer la plupart des dépêches d'Alexandrie; il appartenait à l'Université et à l'Ecole normale, pour qui sa mort est un titre de gloire en même temps qu'un deuil bien cruel.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

De la symphyse cardiaque. — Des insuffisances valvulaires qui peuvent en résulter.

Par G. Hayem, professeur à la Faculté de médecine,
et A. Gilbert, interne des hôpitaux.

S'il est vrai, comme l'affirment Laennec (1) et Bouillaud (2), que la symphyse cardiaque n'entraîne souvent aucun accident, fréquemment aussi, sinon toujours, comme le veut Corvisart (3), elle devient une cause de mort rapide, par la gêne permanente qu'elle apporte au fonctionnement du cœur.

C'est à Morgagni (4), Heister (5) et Senac (6), puis à Corvisart (7) et Andral (8), qu'on doit les premiers exemples de mort rapide par adhérences du péricarde. Beau (9), plus tard, en recueillit de nouvelles observations, nota soigneusement l'état des cavités et des parois cardiaques, et se

(1) « Corvisart ne pense pas qu'on puisse vivre, et vivre sain, avec une adhérence complète et immédiate du cœur au péricarde.... Je suis très porté à croire que l'adhérence du cœur au péricarde ne trouble souvent en rien l'exercice de ses fonctions. » Laennec. *Traité de l'auscultation médiate.*

(2) *Traité des maladies du cœur,* t. I.

(3) *Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux.*

(4) Lettre XXIIIe.

(5) Cité par Morgagni. *Loc. cit.*

(6) *Traité du cœur.*

(7) *Loc. cit.*

(8) *Clinique médicale,* t. III.

(9) *Recherches d'anatomie pathologique sur une forme particulière de dilatation et d'hypertrophie du cœur,* in *Archives gén. de méd.,* avril 1836.

FEUILLETON

L'assemblée de 1883 de l'Association des médecins de la Somme.

Pour la seconde fois, l'Association des médecins de la Somme avait, le 29 juillet dernier, pris rendez-vous à Péronne, chef-lieu d'arrondissement du département. Mesure excellente, dont d'autres Sociétés ont depuis longtemps pris l'heureuse habitude, et qui témoigne d'une activité propice à faire connaître l'œuvre féconde de l'Association générale des médecins de France.

Ici, d'ailleurs, cette initiative avait d'autant plus sa raison d'être que les médecins de l'arrondissement de Péronne restent trop en dehors du mouvement qui porte le corps médical français à l'union confraternelle et vers l'association. Ces réunions ambulantes sont, après tout, un procédé qui a pour lui l'expérience, une expérience séculaire. N'est-il donc pas un peu renouvelé de Mahomet ? M. Lenoel, dans son discours présidentiel, aurait pu dire comme le prophète : La montagne ne vient pas à nous, allons vers la montagne. Le scepticisme des uns, l'indifférence des autres, sont les obstacles à vaincre. Aller vers eux et faire connaître aux réfractaires de l'Association les mouvements et les dangers de leur isolement, n'était-ce pas leur démontrer par leurs résultats mêmes, tous les bienfaits qu'elle peut leur procurer ?

On a reproché à l'Association d'être seulement une Société de secours mutuels. Soit, répond M. Lenoel ; mais n'a-t-elle pas à l'occasion obtenu du juge une taxation équitable d'honoraires ? N'a-t-elle pas, l'année dernière à Abbeville, préparé la revision

fondant sur ses propres recherches, aussi bien que sur les recherches antérieures, établit que cinq fois sur six la dilatation et l'hypertrophie du cœur sont la conséquence de la soudure des deux feuillets du péricarde. Confirmés d'un côté par Aran (1), Forget (2), Kennedy (3), Blache (4), ces résultats ont été combattus par Stokes (5), Walshe, Friedreich et Gairdner (6) qui ont, au contraire, insisté sur la fréquence de l'atrophie du cœur.

En fait, la symphyse cardiaque engendre souvent la dilatation du cœur, l'hypertrophie ou l'atrophie du myocarde, avec ou sans dégénérescence de la fibre musculaire, et tue ainsi par asystolie ou par syncope.

Un des effets de la dilatation du cœur de cause péricardiaque, lorsqu'elle atteint les orifices, est de créer des insuffisances valvulaires, qui, par les bruits morbides et les désordres fonctionnels auxquels elles donnent lieu, peuvent en imposer pour des insuffisances de cause endocardiaque. Bouillaud (7), Hope (8), Stokes (9) avaient déjà signalé la possibilité du fait, Kennedy (10), puis Boisseau (11) y avaient même insisté, quand parut en 1861 le cas très démonstratif de M. Jaccoud (12). Depuis cette époque, de nouveaux exemples d'insuffisance aortique ou mitrale, due à la symphyse

(1) *Sur les adhérences générales du péricarde,* in *Archives gén. de méd.*, 1844, t. IV.

(2) *Précis théorique et pratique des maladies du cœur.*

(3) *Des adhérences du péricarde au cœur, de leurs conséquences et de leur diagnostic.* (*Edimburg medical Journal,* mai 1850.)

(4) Thèse, 1869.

(5) *Traité des maladies du cœur et de l'aorte.*

(6) Cités par Maurice Raynaud, in *Dict. prat.*, article *Symphyse cardiaque.*

(7) *Loc. cit.*

(8) Troisième édition. London, 1837.

(9) *Loc. cit.*

(10) Cité par Bar, *in* thèse doctorat, Strasbourg, 1865. *Des adhérences du péricarde au cœur.*

(11) *Sur la valeur du bruit de souffle comme signe de lésion valvulaire.* Thèse doctorat. Strasbourg, 1860.

(12) *Sur un cas de symphyse cardiaque avec dilatation des orifices gauches et insuffisance consécutive de leurs valvules.* (*Gazette hebdom.*, 1861.)

---

des tarifs d'honoraires? N'a-t-elle pas concilié des difficultés de toute nature? N'a-t-elle pas apporté l'apaisement de querelles et combattu efficacement le charlatanisme?

Elle n'a pas défendu seulement les intérêts professionnels, elle a aussi contribué à élever la dignité du corps médical. « Je sais, disait avec raison M. Lenoel, que des « médecins voudraient plus que ces secours et ces recommandations; ils voudraient « que notre Société se rendît plus utile qu'elle ne le peut dans la réalité; qu'elle se « préoccupât de buts étrangers à nos statuts; qu'elle cherchât à descendre dans « l'examen des actes particuliers de chacun, en un mot qu'elle devînt une sorte de « chambre de discipline. Mais nos statuts ont nettement défini notre rôle : la défense de « nos intérêts généraux et la moralisation de la profession par l'exemple et la conci- « liation. Il y aura toujours, dans le corps médical, des charlatans, des envieux, comme « dans toutes les professions; notre Association ne peut rien contre eux; mais la pro- « fession médicale est de toutes, celle où ces jalousies, où ces défauts sont le moins « fréquents; et, en effet, elle est celle qui moralise le plus les hommes qui l'exercent; « elle est celle où ils ont le plus de respect les uns des autres, et depuis trente ans, les « discussions professionnelles qui apparaissaient autrefois avec tant d'éclat ne se voient « plus.

« Nous mettons plus de délicatesse dans nos procédés, dans nos rapports, et cette « amélioration dans la pratique de notre art, est due justement à ces sociétés qui « réunissent les médecins à des époques régulières, les lient entre eux, en les obligeant « à s'occuper ensemble des intérêts de la science et de l'art. » (*Gazette médicale de Picardie*, août 1883.)

La parole persuasive de M. Lenoel a certainement triomphé des hésitations, e t

cardiaque, ont été rapportés par Fournier (1), Schutzemberger (2), MM. Marvaud (9), Merunowicz (4) et Laveran (5).

A ces observations, il nous a paru utile d'adjoindre la suivante, qui montre une fois de plus le rôle que peut jouer la symphyse cardiaque dans la pathogénie des insuffisances valvulaires.

Observation. — Kr... (Louis), 18 ans, ébéniste. Entré le 30 mai 1883, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Magendie, n° 3.

Antécédents. — En 1879, attaque de rhumatisme ayant duré six semaines. Pendant cette attaque, le malade a eu une pleurésie à gauche, et du côté du cœur une complication qui a nécessité l'application d'un vésicatoire sur la région sternale. Au commencement de l'année 1883, pleurésie à droite, pour laquelle le malade entre neuf semaines dans le service de M. Dujardin-Beaumetz et séjourne trois semaines à Vincennes. Pas de rhumatismes ou de manifestation arthritique chez les grands parents, les père et mère, les frères et sœurs.

Début. — A la suite de son séjour à Vincennes, le malade, complètement guéri de sa pleurésie, s'était remis au travail. Il ne se plaignait d'aucun malaise, et se sentait fort et dispos, quand, au milieu de la nuit du 19 au 20 mai, il fut pris subitement d'étouffement, d'angoisse et de palpitations. A partir de ce moment l'oppression ne le quitta plus, et il dut abandonner son travail.

Etat actuel (30 mai 1883). — Palpitations perpétuelles, angoisse et oppression extrêmes. La paroi précordiale est fortement ébranlée par les contractions du cœur, et le creux épigastrique est soulevé par des battements énergiques ; toute la paroi thoracique antérieure, ainsi que la région épigastrique, offrent un aspect frémissant et ondulant particulier. A un examen attentif, on constate que la systole ventriculaire s'accompagne d'un retrait très net de la paroi. Ce retrait n'occupe pas les points habituellement indiqués dans la symphyse cardiaque ; il n'existe en effet, ni au niveau de la pointe ni au niveau de l'épigastre, mais seulement au niveau de la partie la plus

(1) *Des adhérences du péricarde.* Thèse doctorat. Strasbourg, 1863.

(2) *In* Bar. *Loc. cit.*

(3) *De l'influence des adhérences du péricarde sur l'hypertrophie et la dilatation du cœur, et sur l'insuffisance valvulaire,* in *Journal de médecine de Bordeaux,* 1869.

(4) *Insuffisance mitrale due à la symphyse cardiaque.* Krakau, 1873.

(5) *Insuffisance mitrale due à la symphyse cardiaque et en particulier de l'hypertrophie du cœur avec dilatation et de la mort subite qui peuvent être les suites de l'adhérence complète du péricarde au cœur.* (*Gazette hebdom.,* 1875.)

---

convaincu des incrédules. D'ailleurs, pour montrer que les Associations départementales font plus que de donner des promesses, la discussion a été ouverte sur l'*organisation du service de la vérification des décès dans les campagnes.* Cette question avait été posée par M. le Préfet de la Somme, qui désire être renseigné par le corps médical du département sur les mesures pratiques à prendre dans ce but et sur la rémunération à accorder aux médecins pour ce nouveau service public. La savante Société médicale d'Amiens étudiera cette question au point de vue professionnel par une commission formée de nos estimés confrères MM. Bax, Redieu et Sorel. Leur rapport sera discuté dans la séance d'hiver de l'Association, à laquelle l'administration témoigne une déférence des plus honorables pour nos confrères de la Somme.

L'Association des médecins de la Somme donne l'exemple d'une vigoureuse ardeur pour la solution de ces questions d'intérêt professionnel. Elle répond donc par des faits aux attaques injustifiables d'adversaires mal fondés dans leurs griefs. A ce titre elle a, une fois de plus, bien mérité du corps médical. — C. E.

Liniment contre le lupus. — Billroth.

Iodure de potassium.	5 grammes.
Iode métallique	0 gr 10 centigr.
Glycérine pure.	50 grammes.

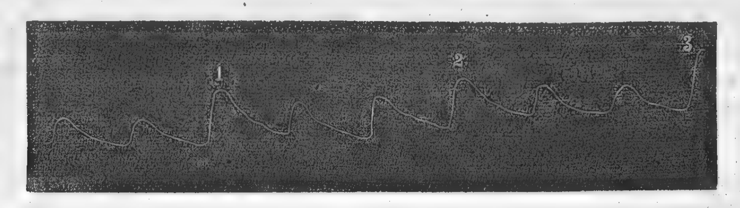
Faites dissoudre. — On trempe un pinceau dans cette dissolution et on badigeonne la région atteinte de lupus. — A l'intérieur, huile de foie de morue et remèdes dépuratifs. N. G.

interne du deuxième et du troisième espace intercostal gauche. Pour en constater nettement l'existence, il suffit d'examiner la paroi obliquement ou à jour frisant; l'on voit alors à chaque systole les points indiqués, et ces points-là seuls se dépriment brusquement en godet.

La pointe du cœur descend jusqu'au bord supérieur de la septième côte, et déborde d'un travers de doigt en dehors la ligne mamelonnaire. Frémissement cataire léger à la pointe et au premier temps. La matité cardiaque est accrue dans tous les sens, mais surtout dans le sens perpendiculaire.

A l'auscultation, au foyer de la mitrale : souffle doux au premier temps, deuxième bruit non perceptible ; au foyer de l'aorte : premier bruit sourd, souffle aspiratif au deuxième temps, se prolongeant le long du bord droit du sternum jusqu'au quatrième espace ; au foyer de l'artère pulmonaire : premier et deuxième bruit également sourds et peu distincts ; au foyer de la tricuspide : premier bruit peu net, deuxième bruit non perceptible. En résumé, l'auscultation du cœur est doublement instructive : 1° elle montre l'existence de deux bruits de souffle, l'un à la pointe et au premier temps, dû à une insuffisance mitrale, l'autre à la base et au deuxième temps, dû à une insuffisance aortique ; 2° elle indique une diminution dans l'intensité des bruits du cœur très remarquable, étant donnée l'énergie des secousses qui soulèvent la paroi thoracique et le creux épigastrique.

Artères du cou et de la face animées de pulsations visibles frémissantes au toucher. Pouls plein, un peu bondissant, frappant le doigt plus énergiquement lorsque le bras est élevé. Il offre un rhythme spécial dont rend bien compte le tracé sphygmographique ci-joint :



Ainsi qu'on le voit, après deux pulsations normales survient une pulsation plus énergique, marquée au sphygmographe par une ligne ascensionnelle plus élevée (1. 2. 3.). Absence de crochet. 90 pulsations par minute. Pas de pouls paradoxal. Pouls capillaire. Double souffle intermittent crural. Température, 38°6.

Langue blanche, inappétence, envies de vomir. Selles régulières. Région hépatique douloureuse. Le foie déborde d'un travers de doigt le rebord des fausses côtes. Grande quantité d'albumine dans les urines. Toux sèche. Dyspnée, 30 respirations par minute. Rien à l'auscultation de la poitrine.

Insomnie. Diminution des forces. Léger amaigrissement. Face pâle. Lèvres cyanosées. Yeux brillants. Extrémités froides. Front couvert de sueur. Pas la moindre trace d'œdème.

Diagnostic. — Endo-péricardite remontant à quatre ans, ayant déterminé une insuffisance aortique et une insuffisance mitrale, symphyse cardiaque, hypertrophie et dilatation du cœur.

31 mai, matin. Température 37°7; pouls 95. Respirations 30. Même état général; mêmes signes du côté du cœur. Traitement : infusion de poudre de feuilles sèches de digitale 0,50; toniques. Soir : Temp. 37°9.

1er juin, matin. Temp. 37°4. Pouls 90. Respiration 30. Vomissements alimentaires. Aucune modification dans l'état du cœur. Traitement : *Idem.* Soir : temp. 37°6.

2 juin, matin. Temp. 37°2. Pouls 90. Respirations 32. Le malade ne peut plus rester couché, et passe le jour et la nuit assis au bord de son lit. L'angoisse est à son comble. Les extrémités sont froides, cyanosées et couvertes de sueurs. Traitement : *Idem.*; de plus, badigeon phéniqué sur la région précordiale, inhalations d'oxygène. Soir : température 39°6.

3 juin, matin : températ. 39°. Pouls 100. Respirations 40. Traitement *id.* — Soir : températ. 40°. Mort rapide à huit heures du soir.

A suivre.

Note sur un nouveau cas d'ataxie locomotrice d'origine syphilitique, guéri par un traitement spécifique.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 22 juin 1883,

Par le docteur Henri Desplats (de Lille).

Il y a quelques mois, je communiquais à la Société médicale des hôpitaux un premier cas d'ataxie guéri par le mercure et l'iodure de potassium. Aujourd'hui, je viens donner des nouvelles de mon premier malade, dont la guérison s'est maintenue, et faire connaître l'histoire d'un second, guéri dans les mêmes conditions que le premier. Ces deux faits me paraissent dignes de l'attention de la Société, non seulement parce qu'ils confirment la thèse si brillamment soutenue par M. Fournier, mais aussi et surtout parce qu'ils atténuent le jugement porté par lui sur l'efficacité du traitement spécifique. A en croire notre collègue, « l'ataxie une fois confirmée, la médication spécifique reste absolument sans action sur elle. Elle n'influence et ne modifie aucun de ses nombreux symptômes. » Or, voilà que, en quelques mois, sur un total de six ataxiques qui sont passés dans mon service, deux, auxquels ne manquaient aucun des symptômes de la syphilose cérébro-spinale postérieure, ont vu disparaître, sous l'action combinée du mercure et de l'iodure de potassium, tous leurs phénomènes médullaires. Il y a donc lieu d'atténuer le jugement porté par M. Fournier et de conseiller l'usage d'un traitement spécifique chaque fois que, dans les antécédents des ataxiques, on découvrira la syphilis.

Mon premier malade avait eu un chancre en 1858 et les accidents secondaires quelques semaines après. Il n'avait pas été sérieusement traité. En 1862 étaient apparues les douleurs fulgurantes, qui avaient persisté jusqu'en 1870. A partir de cette époque s'étaient montrées, successivement et à d'assez longs intervalles : la paralysie du moteur oculaire commun gauche (1870), des attaques épileptiformes (1881), l'anesthésie plantaire, l'incoordination motrice, etc.

Au moment de son entrée dans mon service, il présentait tous les symptômes de l'ataxie et ne pouvait même se tenir debout sans appui.

Entré le 2 juin 1882, il sortait le 23 août, après avoir été soumis à un traitement spécifique énergique et persévérant. Il n'avait plus de douleurs, de troubles sensitifs ni d'incoordination, et pouvait reprendre son travail.

Deux mois après, il rentrait dans le service, parce qu'il avait encore eu deux attaques épileptiformes en dix jours. Je le gardais pendant un mois et pouvais constater que la guérison s'était maintenue depuis sa sortie, car il marchait, sentait et n'accusait plus de douleurs. Il sortit au mois de décembre pour reprendre un état assez pénible.

Mon second malade, dont je dois donner une histoire plus complète, puisqu'il n'est pas encore connu, ressemble beaucoup au précédent. Voici son observation telle que je la dictai au moment de son entrée et pendant son séjour.

R... (Auguste), 54 ans. Entré le 27 décembre 1882. Syphilis à l'âge de 20 ans (chancre, roséole, plaques muqueuses, alopécie, etc.). Traitement mercuriel pendant deux mois.

De 20 à 40 ans, il n'éprouva aucun accident et il se croyait guéri, lorsqu'apparurent les premiers symptômes de l'affection qui l'a conduit à l'hôpital. Il éprouva d'abord des troubles de la vue (diplopie, diminution de l'acuité visuelle), bientôt après il eut des troubles cérébraux (étourdissements simples, étourdissements avec perte de connaissance et chute survenant tous les mois ou tous les deux mois) qui n'ont pas cessé depuis dix ans. Pendant ce temps, il n'eut aucun trouble de la sensibilité ni de la motilité.

Il y a cinq ans : sciatique du côté droit, qui dura environ trois mois, et qui, depuis, ne s'est pas reproduite. A partir de cette époque, de temps en temps, douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs.

Il y a deux ans : céphalalgie intense pendant un mois.

A plusieurs reprises ce malade, qui a été infirmier pendant quatre ans, a pris de l'io-

dure de potassium; peut-être est-ce à ce traitement qu'est due la disparition de certains accidents.

Il y a un an, les symptômes s'aggravèrent et devinrent plus complexes : aux troubles de la vue, aux étourdissements et aux attaques épileptiformes, qui avaient persisté, s'ajoutèrent l'impuissance, l'affaiblissement des muscles inférieurs, l'anesthésie plantaire, l'incoordination motrice, un sentiment de constriction très pénible au niveau de la région lombaire et un tremblement très prononcé s'accusant surtout pendant l'action. Les dernières semaines furent particulièrement pénibles, puisque le malade, qui ne pouvait plus marcher, voyait ses douleurs fulgurantes devenir plus fréquentes et plus vives et éprouvait en même temps des troubles de la miction. (Aussitôt que le besoin d'uriner apparaisait, il devait être satisfait.)

Le 28 décembre, je le trouvai dans l'état suivant :

Facultés cérébrales intactes. Parole libre. Pupilles égales, un peu étroites, contractiles sous l'action de la lumière. Leur contractilité dans l'accommodation paraissait douteuse.

Insensibilité. — Aux deux membres inférieurs jusqu'au-dessus de l'ombilic la sensation de contact n'était pas perçue. Les piqûres, les variations de température, le chatouillement plantaire ne l'étaient pas davantage. La conscience de la position des membres était abolie. Seule la sensibilité à la pression profonde était conservée.

La face dorsale des mains et des avant-bras présentait les mêmes troubles de la sensibilité que les membres inférieurs.

Motilité. — La force musculaire était encore grande, mais ne pouvait être utilisée à cause de l'incoordination et du tremblement qui étaient extrêmes. Le réflexe rotulien était seulement diminué.

Incoordination. — Très apparente, même lorsque le malade avait le secours de la vue, elle s'exagérait les yeux fermés et gênait alors le fonctionnement des membres supérieurs eux-mêmes. La marche était extrêmement difficile et ne pouvait s'effectuer qu'avec le secours d'un solide point d'appui, qui n'empêchait pas le corps de pencher à droite et les talons de frapper fortement le sol. Dès que les yeux étaient fermés, il y avait perte d'équilibre et la station debout était même impossible.

Tremblement. — Au repos, il n'y avait que quelques tremblements fibrillaires imperceptibles, mais dès qu'il voulait accomplir un acte quelconque, le tremblement apparaissait aussitôt, occupant le membre supérieur, si le membre supérieur agissait seul, ou tout le corps s'il s'agissait de la marche.

Douleurs. — Les seules douleurs accusées étaient des douleurs constrictives lombaires et des douleurs lancinantes périphériques.

Je prescrivis le jour même une friction avec 4 grammes d'onguent mercuriel, faite tous les soirs, à la partie interne des cuisses, et deux cuillerées de sirop de Gibert.

Cinq jours après, le malade accusait une légère diminution des douleurs et un faible retour de la sensibilité. (Il percevait un léger attouchement au niveau de la face dorsale du poignet et à la partie interne des cuisses. Au même niveau, il distinguait aussi les piqûres. Il percevait vaguement le chatouillement plantaire.)

Le 15 janvier, l'amélioration était plus nette : il assurait n'avoir plus eu de grandes douleurs depuis les premiers jours de janvier, et percevoir plus distinctement les diverses sensations. Quant à la marche, il était facile d'en constater les progrès : il pouvait faire trois pas sans point d'appui, après quoi il perdait régulièrement l'équilibre. Son tremblement était beaucoup moindre et n'apparaissait qu'après un moment de fatigue. L'amélioration était plus prononcée aux membres supérieurs.

Le 25 janvier, une stomatite, survenue malgré le chlorate de potasse, obligeait à suspendre le traitement mercuriel. Pendant huit jours le malade, dont l'état était bien meilleur, se reposait, et, le 3 février, il reprenait de l'iodure de potassium, d'abord à la dose de 3 grammes par jour, plus tard à la dose de 2 grammes.

Le 15 février il pouvait marcher les yeux ouverts (il faisait une douzaine de pas sans perdre l'équilibre), mais les yeux fermés ou à reculons, il ne pouvait faire deux pas. Les douleurs étaient presque nulles.

Le 15 mars, il pouvait aller d'un bout de la salle à l'autre, sans hésitation, avec le secours des yeux et faire quelques pas les yeux fermés. Il n'y avait plus de douleurs et la sensibilité était complètement revenue.

Le 20 avril, Auguste R... quittait le service *complètement guéri :* il pouvait courir au pas, les coudes appuyés contre le tronc, marcher avec assurance à reculons ou les yeux fermés, saisir les plus fins objets et s'en servir, exécuter tous les actes demandant de la précision. Il ne restait plus aucune trace de tremblement.

Il possédait tous les modes de la sensibilité et n'éprouvait aucune douleur. Le réflexe

rotulien était un peu exagéré. La contractilité de la pupille était la même qu'au moment de l'entrée. Il n'y avait pas eu d'attaque épileptiforme depuis sept semaines.

Sous l'action de l'iodure de potassium, il avait maigri de 2 kilog. 500 grammes pendant la durée de son séjour.

En résumé, cette observation est un exemple remarquable de syphilose cérébro-spinale postérieure guérie. La syphilis datait de 34 ans. Les premiers symptômes de l'ataxie étaient apparus depuis 14 ans. Ils avaient progressé lentement et il n'en manquait aucun d'essentiel depuis plusieurs mois. Le malade semblait avoir atteint la période d'*infirmité*. C'est alors qne le traitement fut institué. Au bout de cinq jonrs les effets étaient sensibles pour le malade ; avant quinze jours ils étaient apparents pour les assistants. En trois mois la guérison était très avancée. En moins de quatre mois, elle était complète.

Après ce deuxième fait, je me crois autorisé à redire ce que je disais après le premier, que « le traitement spécifique guérit quelquefois l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique, même lorsqu'elle est confirmée. »

BIBLIOTHÈQUE

MANUEL DE MICROSCOPIE CLINIQUE, par G. BIZZOZERO, professeur de pathologie à l'Université de Turin, traduit de l'italien sur la deuxième édition, par le docteur Ch. FIRKET, assistant à l'Université de Liège. — Delahaye et Lecrosnier, éditeurs, 1883.

L'analyse du livre, fort bien fait d'ailleurs et très pratique, de M. Bizzozero est devenue assez délicate, depuis que les réclamations si bien fondées de M. le professeur Hayem ont réduit à leur juste valeur certaine prétendue découverte de l'auteur. On n'a pas encore oublié que le savant italien avait cueilli de fort beaux lauriers académiques par la description de ses *plaquettes du sang* et par l'étude du rôle qu'il attribuait à ces éléments dans le processus de coagulation. Or, il n'est pas contestable pour qui a lu l'importante communication faite à ce sujet à l'Académie des sciences par le professeur de thérapeutique de notre Faculté de Paris, que les plaquettes du sang de M. Bizzozero sont identiques aux hématoblastes décrites longtemps auparavant par M. Hayem.

L'excuse de M. Bizzozero sera-t-elle dans l'erreur analogue d'un savant anglais, M. Norris, qui a longuement et minutieusement décrit, sous le nom de corpuscules invisibles ou nouveaux corpuscules du sang, comme s'il les eût découverts, ces mêmes hématoblastes dont M. Hayem a tous les droits pour revendiquer la paternité?

Cette petite polémique, un peu mortifiante pour l'auteur du *Manuel de microscopie* ne saurait nous faire méconnaître l'intérêt très réel que présente le livre.

Le traducteur, M. Firket, n'a pas tort de dire dans la préface : « Certes les traités de microscopie ne manquent pas en France, il s'en faut de beaucoup, et l'on trouve des noms célèbres sur la liste de leurs auteurs; mais, en général, ces ouvrages ne s'adressent pas au praticien. Celui-ci a besoin d'un guide sûr qui lui enseigne à la fois et les procédés techniques qu'il faut employer pour bien voir, et l'interprétation qu'il convient de donner aux résultats obtenus... Il en est du microscope comme des autres moyens d'investigation clinique, et, de même qu'il a fallu, à côté des traités de pathologie interne, instituer des traités de diagnostic médical, exposant les méthodes de percussion, d'auscultation, etc., de même il convenait de réunir en un volume tout ce qui a rapport au diagnostic par le microscope. » Le distingué traducteur a contribué lui-même très-notablement à rendre l'ouvrage aussi complet que possible par l'addition, à la première édition italienne, de plusieurs chapitres nouveaux et entièrement personnels.

Après un chapitre consacré à la description des microscopes et des réactifs et contenant des conseils très pratiques, l'auteur passe à l'examen du sang, et il convient de prévenir les lecteurs encore émus par la revendication concernant les hématoblastes, qu'ils n'en trouveront là aucune trace, sinon dans une note parfaitement correcte du traducteur. En revanche, les différents procédés de numération des globules sont minutieusement décrits.

Les chapitres suivants étudient les exsudats et liquides kystiques, l'examen du pus, de la peau, de ses parasites et de ses altérations les plus communes, l'examen du contenu de la bouche, des matières vomies, des matières fécales, des crachats et tout le parti qu'on peut tirer de leurs caractères microscopiques au point de vue du diagnostic de

certaines maladies broncho-pulmonaires. On trouvera notamment les renseignements nécessaires au diagnostic de la tuberculose par la recherche des microbes dans l'expectoration.

Le mucus nasal, l'œil et ses annexes, le sperme, les produits de sécrétion des organes génitaux de la femme, l'examen de l'urine complètent la série des recherches qu'on a jusqu'à ce jour abordées dans les manuels de microscopie clinique.

Mais le chapitre nouveau que nous sommes très heureux de rencontrer dans celui-ci, c'est la recherche et le diagnostic des microbes parasitaires. Les notions générales sur les microbes, leur classification, les méthodes de recherche, de fixation, de coloration n'avaient été nulle part encore aussi brièvement et aussi complètement réunies. De plus, les procédés spéciaux pour la recherche de certains microbes pathogènes qui passionnent actuellement le monde médical, depuis le charbon jusqu'à la tuberculose, en passant par la blennorrhagie, la lèpre et la morve, etc., se trouvent indiqués d'après les derniers travaux des auteurs compétents.

L'ouvrage est illustré de gravures sur bois dans le texte, et plusieurs planches lithographiées le terminent. Au point de vue de l'exécution typographique, de la teinte du papier et de la commodité du format, on ne peut que féliciter les éditeurs; car il n'est jamais désagréable pour le lecteur de trouver réunies l'élégance et l'utilité dans un livre.

L. G.

JOURNAL DES JOURNAUX

Empoisonnement par la viande. Gastro-entérite septique, par Bollinger. — En dehors de la trichinose, les viandes de boucherie sont susceptibles d'infecter l'économie : 1° par le développement d'un produit septique ectogène, c'est-à-dire né après la mort; 2° par le fait d'un poison endogène, c'est-à-dire préexistant, ayant, par exemple, déterminé la mort de l'animal; les intoxications produites par les viandes d'animaux ayant succombé au typhus abdominal ou au charbon rentrent dans cette catégorie. A la première appartiennent les accidents relevant des poisons développés par la putréfaction, dont les effets sont assez analogues à ceux des alcaloïdes toxiques, et qu'on a récemment étudiés sous le nom de ptomaïnes. Enfin, on a des exemples d'intoxications produites par une substance médicamenteuse mêlée à l'alimentation de l'animal. Tels sont les accidents développés à Schaffouse en 1880, chez 16 personnes ayant consommé un saucisson arsenical. L'auteur rappelle les principales épidémies d'alimentation causées par un principe d'intoxication exogène ou endogène. Le caractère commun des affections observées dans ces circonstances est une gastro-entérite septique; l'incubation en est très courte : de 6 à 24 et 48 heures, rarement au delà. Ce sont les symptômes cholériques ou typhoïdes qui dominent et évoluent isolément, ou comme troisième forme mixte, les débuts sont du choléra et les symptômes typhoïdes en sont l'aboutissant. A l'autopsie, les lésions sont celles d'une gastro-entérite simple, quelquefois avec des ulcérations intestinales, où la tuméfaction des glandes mésentériques. Le diagnostic se tire facilement de cette circonstance que l'affection s'est développée simultanément sur un groupe de personnes ayant eu la même alimentation, et le pronostic dépend de la préparation qu'a subie la viande consommée, crue, cuite ou rôtie. Ce ne serait pas d'une grande gravité si, comme les calculs de Bollinger tendent à le démontrer, la mortalité ne dépassait pas 1,4 p. 100 (*Münch. Aerztl. Intell.* et *Jahresbericht,* 1882, Ier vol., 3e p.)

Le catarrhe aigu de l'estomac et les gaz du sol, par Rabitsch. — Sur 189 cas de cette affection, 141, d'après les observations de l'auteur, se sont développés en coïncidence avec une chute du baromètre. La diminution de la pression atmosphérique a pour conséquence l'expansion des gaz du sol arrivant à la surface chargés probablement de germes organisés, lesquels, pénétrant dans les voies digestives au même titre que dans les voies respiratoires, exercent une action irritante spécifique sur la muqueuse de l'estomac. Si, en hiver, le catarrhe est moins fréquent, c'est parce que le froid paralyse les germes dans le sein de la terre. Le refroidissement et les écarts de régime n'auraient plus qu'un rôle très secondaire dans cette vue étiologique nouvelle, qui est loin d'être démontrée. (*Deutche Vierteljahr.* 1881, 2e vol.)

Deux cas de mort par le chloroforme. — Le 2 septembre, à Saint-Barthelemy's hospital, un homme de 32 ans succombait pendant l'administration du chloroforme, donné dans le but de tenter la réduction d'une fracture compliquée de la mâchoire inférieure: la mort survint avant que l'opération put être commencée. L'autopsie montra : une fracture double de la mâchoire, une infiltration sanguine considérable des muscles de la

base de la langue, de la contusion et de la tuméfaction du larynx, une quantité considérable de sang dans la trachée. La mort fut attribuée à l'asphyxie consécutive aux lésions mentionnées.

Le 4 septembre, à London hospital, on donnait le chloroforme à un malade atteint de cancer de la langue; le patient lutta un instant contre les personnes qui le maintenaient, et soudain le pouls disparut, la face devenant livide, la respiration embarrassée. Malgré les secours empressés, il succombait de cinq à dix minutes après le début de l'administration du chloroforme. La mort fut attribuée à une syncope cardiaque; ce que, dit-on sommairement, l'autopsie confirma. On avait omis d'ausculter le cœur avant l'opération. (*The Brit. med. J.*, 16 sept. 1882.)

Susceptibilités idiosyncrasiques vis-à-vis de l'ipéca, par Brettner. — Un aide de lazaret, garçon vigoureux de 32 ans, fut pris immédiatement d'accidents du côté des voies respiratoires, pour avoir simplement traversé une salle où on maniait de la poudre d'ipéca : sécheresse de la gorge, constriction du larynx, respiration arrêtée en expiration, impossibilité de tousser et de parler. Se retrouvant en plein air, il put reprendre sa respiration, tout en éternuant et toussant. La face, dès le principe, s'était congestionnée, les conjonctives injectées. Au bout de quelques minutes, violent mal de tête; injection vive, avec pointillé hémorrhagique, du voile du palais et du pharynx ; respiration régulière, à vingt-quatre par minute, mais laborieuse, active; dans toute l'étendue des deux poumons, râles ronflants et sibilants, sous-crépitants; expectoration muqueuse jaune sanguinolente. Pas de nausées. Pouls 112. Température normale. Pas d'albumine dans les urines. L'expectoration devenait catarrhale au cinquième jour; le rétablissement était complet au quatorzième. Une première fois, le sujet de cette observation n'avait pu prendre une infusion d'ipéca à cause des violentes quintes de toux que le remède déterminait. A deux autres reprises, il avait éprouvé des accidents pulmonaires de peu de gravité après avoir respiré de la poudre d'ipéca.

L'auteur a relevé 11 observations d'intoxication idiosyncrasique par l'ipéca; trois fois on avait noté de la conjonctivite, une fois de l'amaurose transitoire; mais les phénomènes les plus fréquents consistent dans le catarrhe aigu du poumon avec spasme bronchique. (*Berlin. Klin. Woch.*, 1882, n° 11.)

R. Longuet.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 septembre 1883. — Présidence de M. Larrey.

M. Proust présente, au nom de M. le docteur Riembault, de Saint-Etienne, une note sur les *Brûlures internes par le grisou.*

M. Jules Guérin présente le complément des documents sur le choléra d'Egypte qu'il a déjà eu l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie; c'est le deuxième rapport du surgeon general Dr W. Hunter adressé à lord Grandville.

—

M. H. Bouley présente au nom de M. le docteur P. Miquel, chef du service micrographique de l'Observatoire de Montsouris, un travail intitulé : *De l'asepticité des sels de cuivre.*

Le sulfate de cuivre occupe un rang très élevé parmi les composés doués du pouvoir de prévenir et de suspendre la putréfaction des substances d'origine animale. C'est avec juste raison qu'il a été préconisé par les Conseils d'hygiène pour arrêter la pullulation des bactéries. Si on le compare, à cet égard, aux combinaisons sulfatées de la plupart des métaux, on le trouve presque toujours à leur tête. C'est ainsi que le sulfate de cuivre est deux à trois fois plus antiseptique que les sels de plomb, d'uranium, de thallium, de nickel, de zinc, d'aluminium, de cobalt, de manganèse, etc. Cependant, il doit céder le pas aux composés solubles du platine, de l'or, de l'argent et du mercure.

Le sulfate de cuivre possède une action antiseptique un peu supérieure à celle des acides salicylique et benzoïque; mais il est deux fois plus désinfectant que l'acide thymique, trois fois plus que l'acide phénique, cinq fois plus que les aluns, le tannin, l'acide arsénieux, enfin dix fois plus que l'hydrate de chloral et les sels de protoxyde de fer. Si, laissant les combinaisons oxygénées du cuivre, on considère l'un de ses composés haloïdes solubles, comme le chlorure cuprique, le pouvoir antiseptique de la nou-

velle combinaison se trouve accru d'un tiers à un demi, et le chlorure de cuivre se montre cinq fois plus désinfectant que l'acide phénique, etc.

Quant à juger de la bonté d'un antiseptique à l'égard des bactéries par son indifférence à s'opposer au développement d'un mycélium de moisissure vulgaire, c'est méconnaître ce fait général, que toutes les substances antiputrides de nature minérale, y compris le chlore, le brome, l'iode, le mercure, l'or, le fer, le zinc, le cadmium, l'aluminium, n'étendent leur action destructive sur les mucédinées qu'à des doses cinq, dix et même vingt fois supérieures à celles qui frappent de mort les microbes adultes de l'ordre des bactéries. Le cuivre ne fait pas exception à la règle.

En terminant, j'ajouterai, pour conclure, que : répudier de la médecine, de la chirurgie et de l'hygiène, les combinaisons cupriques, c'est, à mon sens, se priver gratuitement d'auxiliaires puissants, ayant sur beaucoup d'autres composés l'avantage d'être d'un prix commercial des plus faibles et d'un maniement facile.

—

M. Marey fait une communication relative à la théorie physiologique de la locomotion, en réponse à la lecture faite dans une précédente séance par M. Giraud-Teulon, nous reviendrons ultérieurement sur ce très intéressant travail.

—

M. Bonnafont fait une communication relative à quelques expériences constatant la différence de la plasticité du sang de l'homme et de celui des animaux, surtout du chien, et particulièrement à des expériences qu'il a faites en 1839, à Alger, sur le sang de l'homme comparé à celui du chien, du mouton et de l'agneau.

Ces expériences démontrent que le sang du chien surtout, puis celui du mouton, diffèrent essentiellement du sang de l'homme, et que cette différence de composition d'un élément si essentiel, qui joue un si grand rôle dans l'organisme, doit nécessairement en apporter dans toutes les fonctions de l'économie, et qu'alors l'histologie, la physiologie, et surtout la pathologie de l'homme et des animaux, ne sauraient être identiquement semblables.

—

M. Béchamp a la parole pour une communication qui lui a été suggérée, dit-il, par la discussion sur le choléra et les quarantaines, ainsi que par la lecture de M. Bouchardat sur le parasite de la tuberculose.

Il ne pense pas que l'utilité des quarantaines ait été mise en pleine lumière par la discussion qui a été soulevée au sein de l'Académie par la communication de M. Fauvel. Du moins on a vu des hommes très éminents dans la science, tels que MM. Fauvel et Jules Guérin, différer d'avis sur cette question. Sans doute, ils sont contagionnistes tous les deux, mais pas de la même manière, puisque M. Fauvel préconise les quarantaines, tandis que M. Jules Guérin les trouve absolument inutiles. Il est à remarquer, d'ailleurs, que ni l'un ni l'autre n'ont dit mot des microbes de M. Pasteur.

Si l'on admet la doctrine des microbes, on devra se demander à quoi servent les quarantaines. Ces germes flottant dans l'atmosphère ne sauraient être immobilisés ni par le stationnement d'un navire, ni par un cordon sanitaire. Bien mieux, tout navire en quarantaine pourrait devenir un véritable foyer d'infection, un nid à microbes.

Cette doctrine des germes de l'air, comme cause des maladies infectieuses, n'est pas, du reste, une chose nouvelle. Elle a été renouvelée d'un jésuite allemand, le père Kircher, qui écrivait au XVIIe siècle.

Pour lui, comme pour M. Pasteur, les germes morbides préexistent dans l'air; ils ont été créés dès l'origine des êtres, comme s'ils avaient eu pour destination de les détruire. Cette doctrine ne pourrait se soutenir que si quelque expérimentateur, prenant un de ces germes dans l'atmosphère et l'inoculant à un animal, parvenait à produire chez ce dernier une maladie bien déterminée.

Il y a une expérience de M. Davaine qui est capitale. Dans le sang d'un mouton mort du charbon, il prend une bactérie qu'il inocule à un mouton sain. Cette bactérie se multiplie et pullule dans le mouton inoculé qui meurt à son tour du charbon. Que si, au lieu d'inoculer le sang charbonneux de l'animal fraîchement tué, vous attendez vingt-quatre ou trente-six heures, l'inoculation de ce sang charbonneux, au bout de ce temps, ne produira plus le charbon, mais une autre maladie, la septicémie. Qu'est devenue, dans cet intervalle, la bactéridie charbonneuse? M. Pasteur pourrait-il le dire? Elle a disparu laissant à sa place un autre microbe, le vibrion de la septicémie.

C'est là, suivant M. Béchamp, un fait considérable qui ne peut s'expliquer que par l'évolution de la bactérie, ou plutôt d'un infiniment petit dont la bactérie n'est elle-même qu'une phase intermédiaire, le microzyma.

La doctrine de M. Pasteur, extraite textuellement de son livre sur la bière, contient deux propositions fondamentales : la première c'est l'existence de germes qui flottent dans l'air ; la seconde, c'est qu'il n'y a pas dans l'organisme sain rien de comparable à ces germes.

Or le système de M. Pasteur ne peut se soutenir devant la découverte faite dès 1865, par MM. Béchamp et Estor, de l'existence dans le foie, le pancréas et tous les autres organes de l'économie, de granulations moléculaires infiniment petites, actives, ferments susceptibles de provoquer, dans des milieux appropriés, des moisissures et des bactéries. Ces granulations moléculaires, ce sont les microzymas, facteurs de toutes les cellules, éléments indestructibles qui survivent à la disparition de la cellule, et qui restent le seul élément vivant *per se*.

Le microzyma peut, sous l'influence de causes morbides, déterminer des fermentations dans l'organisme, évoluer en bactéridies, en bactéries, en vibrions. Son activité morbide lui est alors communiquée, et cette activité, loin de venir du dehors, part des profondeurs même de l'économie.

Quant à la question de savoir si les granulations moléculaires sont capables de pénétrer les tissus, elle est depuis longtemps résolue dans le sens affirmatif par les expériences de M. Villemin pour la tuberculose, de M. Chauveau pour la clavelée et pour d'autres maladies contagieuses. Il est donc contraire aux données les mieux établies de la science expérimentale de soutenir, comme le fait M. Pasteur : 1° qu'il n'existe dans l'organisme normal et sain rien qui ressemble aux prétendus germes de l'air ; 2° que l'organisme animal à l'état sain est impénétrable à ces mêmes germes.

Enfin, dans la doctrine du microzyma, qui évolue en bactéridie, en bactérie, en vibrion, etc., on s'explique qu'à un moment donné, la bactérie disparaisse et fasse place au vibrion; tandis que, dans la théorie des germes, chaque espèce de germe a une existence propre, et quand elle disparaît, on ne saurait la rechercher dans l'espèce qui lui succède.

Ce que l'histoire du choléra nous a appris depuis le XVIIIe siècle est peu de chose sans doute, mais ce peu de chose est précis. On voit, en 1817, le choléra quitter les rives du Gange et se répandre dans les contrées environnantes; c'est l'Arabie, puis la Mésopotamie qu'il envahit d'abord; il gagne ensuite la Russie, l'Egypte, la vallée du Danube, l'Autriche; il arrive enfin à Paris, en 1832, après quinze ans de propagation. Voilà le grand phénomène nosologique. Mais en quoi cela s'accorde-t-il avec la conception des germes charriés par les courants atmosphériques? Les vents vont plus vite et plus loin.

Si le choléra était dû à des germes morbides flottant dans l'air, on ne comprendrait pas l'extinction sur place des épidémies. Là où la pullulation est chaque jour plus active et ne saurait que s'accroître, il n'y a pas de raison pour que le fléau disparaisse. La doctrine du microzyma peut, au contraire, fournir une explication rationnelle du fait.

M. Béchamp aborde ensuite l'histoire du microzyma dans le développement embryonnaire; il en décrit d'après ses recherches, faites en collaboration avec M. Estor, les propriétés et la nature aux différents âges de l'embryon; il signale la diversité et la localisation de ces propriétés d'après les organes où s'immobilise le microzyma. Abordons enfin la partie de sa communication relative aux applications de la doctrine des mycrozymas à la pathologie.

M. Béchamp termine par les conclusions suivantes : « En résumé, dit-il, le choléra et toutes les maladies contagieuses se développent en nous sous les influences multiples et variées que les nosologistes ont depuis longtemps spécifiées.

Les microzymas ou certaines catégories de microzymas sont des agents qui deviennent morbides en nous et par nous, sont aptes à conserver pour un certain temps cette morbidité et à transmettre la maladie aux sujets qui ont la réceptivité requise, c'est-à-dire dont les microzymas peuvent recevoir la même impression morbide.

Mais le malade peut guérir et ses microzymas revenir au mode normal de leurs fonctions physiologiques, ou bien il peut mourir. S'il succombe, ces microzymas, après quelques jours, lorsque la putréfaction s'est emparée du cadavre, cessent de posséder la morbidité spécifique.

C'est de ces considérations, qui sont fondées sur ce qu'il y a de plus intime dans la constitution histologique de l'homme, et de plus expérimentalement vrai, que doit se tirer l'affirmation de l'utilité des quarantaines. Ces établissements efficaces de préservation sont institués surtout en faveur de ceux dont la réceptivité a été exagérée par une longue durée de mauvaises conditions hygiéniques, qui ont créé en eux la misère physiologique; en les protégeant, les quarantaines protègent aussi les forts, car il y a bien des inconnues dans un si redoutable problème.

A l'égard du choléra, il est certain que les excès, la misère combinée à l'influence des milieux sont prépondérants. C'est pourquoi, en vertu de l'aptitude à changer de fonctions, le microzyma morbide peut devenir sain et qu'on peut arriver à modifier vers le bien une mauvaise constitution par le régime et par les milieux. Oui, l'hygiène est une grande force modificatrice. Sans être utopiste, on peut bien affirmer que, si les nations voulaient consacrer à l'assainissement des pays et des villes les sommes énormes qu'elles consacrent à des guerres folles et désastreuses qui détruisent avec leurs richesses les vies de leurs plus nobles fils, elles seraient bien vite à l'abri des épidémies meurtrières. Il resterait dans les faiblesses des hommes bien assez de causes de maladies et de mort.

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULAIRE

Collutoire antiseptique. — J. Redier.

Chlorate de potasse.	10 grammes
Hydrate de chloral	1 gr 50 centigr.
Eau distillée.	250 —

Faites dissoudre. — Ce collutoire astringent et antiseptique est indiqué dans les cas de gingivite aiguë ou chronique, à la suite des extractions multiples. — N. G.

COURRIER

— Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine vient de recevoir deux documents très intéressants qui lui ont été envoyés par les membres de la commission médicale d'Alexandrie : MM. les docteurs Ardouin-Bey, Bimsenstein, Barlazzi, Chaumery, Sierra et Valentin.

Le premier de ces documents est un rapport des commissions médicales chargées de déterminer la nature et les caractères de la maladie qui a éclaté à Damiette le 22 juin 1883. Chez le plus grand nombre des malades qui ont été observés, les symptômes prédominants sont les suivants : vomissements, diarrhée aqueuse, crampes, refroidissement prononcé et rapide des extrémités, cyanose, souvent anurie, aphonie ou altération de la voix, habitus et facies caractéristiques. En présence de ces symptômes, les commissions ont été unanimes à reconnaître que la maladie sévissant à Damiette était bien le choléra.

Le second rapport publié par les membres de la commission d'Alexandrie indique les mesures prophylactiques à prendre et les services d'assistance publique à instituer pendant la durée de l'épidémie cholérique. Ce travail comprend les cinq parties suivantes : 1° Des mesures hygiéniques et prophylactiques à prendre en temps de choléra ; 2° Des premiers soins à donner en cas d'attaque ; 3° Des mesures propres à étouffer les foyers cholériques au début de l'épidémie ; 4° Du service médical de secours aux malades pendant l'épidémie ; 5° De la désinfection et de ses procédés.

Ajoutons qu'après cette communication M. le docteur Legouest a fait connaître au Conseil, dans sa dernière séance, que les dernières nouvelles parvenues d'Egypte au comité consultatif d'hygiène étaient très rassurantes.

Cours d'accouchement. — M. le docteur Doléris commencera à la Clinique d'accouchement, le 1er octobre prochain, un cours complet d'obstétrique, théorique et pratique. On s'inscrit, 89, rue d'Assas.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

De la syphilis héréditaire tardive (1).

Vingt-cinq ans déjà se sont écoulés depuis qu'Hutchinson a soulevé le premier la question de la syphilis héréditaire tardive, et a eu la hardiesse d'attribuer à l'hérédité syphilitique divers phénomènes morbides, tels que lésions oculaires, malformations des dents, etc., qu'il observait chez des adolescents ou des adultes. En dépit de la méfiance générale qui avait accueilli ces premiers travaux, l'idée qui les inspirait n'a pas laissé de faire son chemin, et nombre d'auteurs sont venus publier successivement des observations qui plaidaient en faveur des théories d'Hutchinson, et qui semblaient démontrer d'une manière irréfutable que bien des accidents, jusqu'alors attribués indistinctement à la scrofule, pouvaient dans certains cas être rattachés à des manifestations tardives de la syphilis héréditaire. En Angleterre, pays d'observation clinique, la conviction n'a pas tardé à se faire, et la plupart des médecins se sont habitués à tenir grand compte de l'hérédité syphilitique et de ses conséquences, non seulement dans la pathologie du premier âge, mais aussi dans la clinique générale.

Il n'en a pas été tout à fait de même dans notre pays, et on aurait lieu de s'en étonner, si on ne savait qu'en France il faut toujours un certain temps pour faire accepter une notion qui choque les idées admises. Sans trop savoir pourquoi, on s'était accoutumé chez nous à considérer la syphilis héréditaire comme une maladie exclusivement infantile, et à regarder comme définitivement guéris tous les sujets qui résistaient à ses premières

(1) M. le docteur Henri Barth nous donne ici un tableau d'ensemble de la syphilis héréditaire tardive, d'après les leçons du professeur Fournier, recueillies et publiées récemment par M. Barthélemy, ancien chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis. Ce travail est donc le complément naturel de la leçon magistrale que nous avons reproduite *in extenso*, et qui suffisait déjà pour montrer l'importance du sujet et l'autorité avec laquelle l'éminent professeur l'a mis en lumière.

FEUILLETON

CAUSERIES

La mission française en Egypte ne reviendra pas au complet; le fléau même qui l'attirait a prélevé son tribut parmi nos compatriotes, dans la personne de M. Thuillier.

Il semble que le destin n'ait pas voulu que l'entreprise s'accomplît jusqu'au bout, sans la glorifier par cette mort.

C'est aux dernières heures de l'épidémie que le choléra a fait cette victime, et l'on dit que dans la journée où a succombé M. Thuillier, un seul décès cholérique était constaté à Alexandrie, le sien.

Quelque découverte que réalise la mission dirigée par notre sympathique camarade le docteur Straus, la science française doit déjà à ses compagnons une illustration de plus, et leur œuvre dans l'épidémie égyptienne est dès à présent consacrée par le martyre.

Si M. Thuillier n'était pas médecin, il ne nous appartenait pas moins par les études auxquelles il s'était voué, comme il nous appartient encore par la mort qu'il a trouvée sur notre champ de bataille.

*
* *

Un autre confrère s'agite en ce moment au loin, non pour la science, mais pour la patrie, et de tout cœur nous lui envoyons nos souhaits et nos encouragements.

C'est le docteur Harmand, qui fut notre condisciple pendant son court séjour à l'école

atteintes. Et pourtant, même avant toute preuve, le bon sens et la logique ne suffisent-ils pas à faire prévoir la persistance de la vérole congénitale? Pourquoi celle-ci évoluerait-elle autrement que la syphilis acquise, et par quel privilège l'enfant, qui apporte en naissant la tare spécifique serait-il à l'abri des graves conséquences auxquelles une infection accidentelle l'eût exposé pour sa vie entière? L'organisme en voie de développement n'est-il pas au plus haut point vulnérable, et très apte par conséquent à subir l'empreinte profonde d'une maladie altérante par excellence?

Si les raisons théoriques plaident toutes pour la réalité des manifestation tardives de l'hérédité syphilitique, le langage des faits n'est pas moins positif; mais ces faits, chaque jour plus nombreux, à peine si on en soupçonnait la valeur: isolés, mal interprétés, ils passaient la plupart du temps inaperçus; personne jusqu'ici n'avait cherché à les grouper, à les compléter les uns par les autres pour en constituer un faisceau de preuves irréfragables. Il faut remercier M. le professeur Fournier d'avoir entrepris cette tâche pour laquelle le désignaient naturellement, et sa grande autorité comme syphiligraphe, et son merveilleux talent d'exposition. Après les brillantes leçons qu'il a consacrées récemment à la syphilis héréditaire tardive, cette question si obscure et si controversée s'est éclairée d'une lumière soudaine, elle est entrée dans le domaine scientifique et nul médecin n'a plus le droit d'en ignorer. Il n'est pas inutile de jeter un coup d'œil sur ce nouveau chapitre de pathologie, et d'en étudier brièvement les points principaux.

Lorsqu'on examine avec attention les individus notoirement entachés d'hérédité syphilitique, on reconnaît chez eux, dit M. Fournier, divers signes pathologiques tantôt isolés, tantôt réunis en plus ou moins grand nombre, mais tous assez fréquents pour qu'on soit autorisé à leur attribuer une relation positive avec la maladie constitutionnelle.

Ce qui frappe tout d'abord chez ce genre de sujets, c'est l'*imperfection du développement général:* a-t-on affaire à des enfants, il semble que leur croissance ait été retardée, et leur apparence est bien au-dessous de leur âge; ont-ils atteint la puberté, ils restent chétifs, parfois tout à fait nabots; chez les filles, la menstruation est tardive, les seins sont peu développés, les poils des régions génitales sont rares et grêles; chez les jeunes gens, les testicules restent rudimentaires, la barbe est pâle et clairsemée; tous

---

de Strasbourg, et dont la fougue et l'énergie ne pouvaient mieux se déployer que dans cette aventureuse expédition du Tonkin.

La conquête qu'il dirige n'est point de celles qui rentrent ordinairement dans nos attributions; mais, pour celle-là, le docteur Harmand était l'homme désigné, et le succès, s'il ne tenait qu'à lui, serait prompt et décisif.

*
* *

Il y a des gens heureux et qui peut-être n'apprécient pas leur bonheur; ils ont cependant résolu ce problème de conformer leur existence, sur presque tous les points, aux lois fondamentales de l'hygiène.

Le hasard m'a fait rencontrer une réunion d'hommes ainsi favorisés, et la visite que je leur ai faite m'a fortement impressionné.

Figurez-vous une ancienne abbaye, dans un site ravissant, sur la lisière d'une des plus belles forêts de la France.

Le cloître, où l'on pénètre d'abord, vous reporte bien loin en arrière, vers un monde disparu. A travers les larges arceaux et sous les voûtes intactes des galeries qui bordent un vaste préau, il semble que vont apparaître quelque abbé mitré ou quelque abbesse de haute lignée, se promenant gravement, sans souci des choses de la terre.

Les hôtes actuels de la maison jouissent de cette même promenade, et ceux qui aiment l'architecture en ont là sous les yeux un des plus beaux spécimens.

La plus grande régularité préside à toutes leurs journées. Le lever, les repas, le travail, le coucher ont lieu à heures fixes; le régime est simple et ne comporte aucun écart; la lecture et un peu d'exercice au grand air font diversion aux obligations maté-

conservent longtemps les caractères de l'infantilisme. De plus, ils sont pâles, maigres, leur peau est d'une teinte sale et comme terreuse.

Les *déformations du crâne* font rarement défaut; elles peuvent affecter différents types. Tantôt c'est le front qui est augmenté de volume et hors de proportion avec la face : on voit alors les bosses frontales proéminer en avant, et former un angle obtus avec la racine du nez (square forehead des Anglais); ou bien la suture médiane du coronal est épaissie, dessine une sorte de crête (front en carène de Fournier). Dans d'autres cas, la déformation porte sur les parties latérales et postérieures de la tête; au palper, on découvre des tubérosités, des bosselures, indices manifestes d'hyperostoses ou de dépôts ostéophytiques; parfois les pariétaux symétriquement épaissis sont séparés par une dépression sagittale, ébauche de cette disposition que Parrot a décrite chez les enfants sous le nom de crâne natiforme.

L'*altération du nez* n'est pas moins caractéristique : le plus souvent, il est élargi, déprimé à sa base, camard, en un mot; parfois il porte à sa narine, immédiatement au-dessous de l'épine du frontal, une encoche plus ou moins profonde, une sorte de coup de hache, signe révélateur de la destruction des os propres; enfin, dans des cas exceptionnels, le nez, complètement effondré, rentré en lui-même à la façon d'un tube de lorgnette, décèle nettement les graves lésions qui ont atteint sa charpente cartilagineuse.

Les yeux présentent souvent des *opacités cornéennes*, d'épaisseur et d'étendue variables; ou bien des synéchies, des déformations de la pupille; quelquefois même des cataractes zonulaires. La vue, toujours plus ou moins gênée par ces diverses lésions, est quelquefois totalement abolie.

D'autre part, l'ouïe peut être altérée, et l'on observe parfois une *surdité* intense, complète, qui, chose étrange, est survenue brusquement, sans douleur et sans aucun signe morbide appréciable du côté de l'appareil auditif; cette surdité spéciale, au dire d'Hutchinson, relève exclusivement de la syphilis héréditaire.

Plus fréquentes encore sont les *altérations des dents*, qui forment avec celles des yeux et de l'appareil auditif le troisième terme de la fameuse triade d'Hutchinson, et que cet auteur signalait dès l'année 1858 comme une preuve positive de l'hérédité syphilitique. Dans les cas les plus com-

---

rielles; les émotions sont inconnues, c'est le calme de la vie monastique, que la même maison a si longtemps abritée.

Toutes les heures se passent, celles de la nuit comme celles du jour, dans de grandes salles aux larges baies, aux chapiteaux curieusement sculptés; sur les dalles ressortent, en brillantes mosaïques, quelques chiffres royaux, la salamandre couronnée de François I[er], ou les armes de France, dans la forme allongée de l'ancien écu. Çà et là des vitraux merveilleux de finesse et de coloris, des fresques un peu passées, où se déroulent naïvement les scènes de la vie religieuse; dans une chapelle, de la construction la plus hardie, quatre statues de pierre couchées sur des tombeaux où dorment des héros légendaires de notre vieille histoire.

Ainsi, partout des vestiges émouvants du passé; partout de grands espaces, la lumière, l'ordre, le calme et le silence; partout une propreté capable de soutenir la comparaison avec celle d'un navire.

Je ne pouvais m'empêcher, pendant les démonstrations du guide qui nous faisait visiter la maison, de porter quelque envie à ses habitants; n'avoir à s'occuper ni du vivre, ni du couvert, ni de sa blanchisseuse, ni de son tailleur; porter toujours le même vêtement, sans en changer ni pour sortir, ni pour faire des visites; être entouré de murs que ne franchissent jamais les importuns; ignorer le pas du client dans l'escalier, ses coups de sonnette précipités, ses mouvements d'impatience dans le vestibule, et ses histoires sans fin!

Quelle existence idéale, me disais-je, pour penser librement, pour concevoir et pour écrire, pour rédiger à l'aise les feuilletons de l'*Union Médicale* et les envoyer à temps à l'imprimerie! « Mon rêve serait d'être logé, nourri, vêtu, chauffé, sans que j'eusse à y

muns, et aussi les plus caractéristiques, on n'observe autre chose qu'une érosion, une sorte d'encoche ou plutôt d'échancrure semi-lunaire taillée dans le bord libre des incisives médianes supérieures; ces deux dents, seules malades, sont d'un jaune brunâtre, petites, courtes, et comme biseautées aux dépens de leur face antérieure; leurs angles, arrondis et comme émoussés, n'ont pas la rectitude et la symétrie ordinaires; souvent ils sont usés et complètement détruits; l'échancrure alors disparaît, et, de fait, il est rare de l'observer chez des individus de plus de 25 ou 30 ans. A un degré plus avancé, les lésions s'étendent à toutes les incisives, aux canines et même aux premières grosses molaires; le sommet de celles-ci est atrophié, diminué de volume; au lieu des cuspides régulières, il offre une série de petits mamelons pointus ou arrondis, irréguliers et friables; cette couronne étroite semble émerger du corps de la dent comme une seconde dent plus petite. Dans une troisième série de cas, les dents atrophiées deviennent tout à fait informes; elles prennent l'aspect d'un fer de hache, d'une cheville, ou même d'une petite boule de cire implantée au hasard dans la gencive. Fait remarquable, ces dents altérées sont presque toujours d'une fragilité, d'une vulnérabilité extrême; schisteuses en quelque sorte, elles s'effritent, se brisent au moindre effort; il n'est pas rare de les voir usées presque jusqu'au bord alvéolaire, quand une carie aussi rapide que précoce ne les a pas fait disparaître.

Vient-on à explorer *l'arrière-gorge* on trouve souvent le voile du palais perforé, quelquefois même entièrement détruit; l'isthme du gosier est déformé par des adhérences anormales et des brides fibreuses, les parois pharyngiennes sont labourées de cicatrices, reliquat de gommes et d'ulcérations anciennes.

En différents points de la surface du corps se voient des *cicatrices cutanées* de même origine que celles des muqueuses ; ces stigmates, de couleur blanche et d'aspect gaufré occupent de préférence les commissures des lèvres, l'orifice des narines, plus souvent encore la région lombaire et les fesses ; leur forme arrondie, polycyclique ou serpigineuse rappelle plus ou moins nettement la figure des ulcérations qui leur ont donné naissance.

Le *squelette osseux* lui-même présente des *déformations* multiples, trace

---

penser, par quelqu'un qui me prendrait à l'entreprise et me laisserait toute ma liberté », a dit Renan, et ce rêve, j'en trouvais dans l'ancienne abbaye la réalisation complète.

Et quelle hygiène aussi dans ce régime modèle, dans cette vie réglée, où rien ne heurte la santé !

Malheureusement, cette belle demeure n'est pas à la portée de tout le monde; les pensionnaires qu'on y reçoit n'y viennent pas de leur plein gré, et n'en sortent pas quand ils veulent, car c'est de la maison centrale de Fontevrault que je viens de vous parler. Les austérités de la discipline, les rigueurs de l'expiation y ont remplacé le renoncement volontaire des fondateurs de l'abbaye et de ses premiers hôtes.

Telle qu'on la voit aujourd'hui, la maison de Fontevrault n'inspire pas des idées très différentes de celles qu'on pouvait y ressentir autrefois ; c'est toujours un recueillement pieux, et surtout une grande compassion qui vous pénètrent pendant cette visite.

Mais les impressions tristes en sont presque bannies, par le bel agencement de l'institution et la tenue correcte de toutes choses.

*
* *

Dans l'examen rapide et discret que peut se permettre le visiteur, de la physionomie des détenus, ce qui frappe le plus, c'est la ressemblance de cette population avec celle d'un asile d'aliénés.

Je n'ai pas l'intention de revenir sur l'éternelle question des rapports du crime avec la folie ; mais il est bien certain que tout observateur arrivant dans le réfectoire d'une maison centrale, ne sachant pas où il se trouve, n'hésiterait pas à se croire dans un quartier d'aliénés. Les crânes asymétriques, les physionomies sans expression y sont en très grand nombre.

ineffaçable de l'influence diathésique ; sans parler des lésions ordinaires du rachitisme qui se rencontrent fréquemment chez les syphilitiques héréditaires, ce sont des tuméfactions osseuses occupant, tantôt les extrémités, tantôt la diaphyse des os longs. Le tibia est le siège d'élection de ces hyperostoses : la crête tibiale élargie ne s'accuse plus par une saillie aiguë ; la face antérieure, bosselée et noueuse, est parsemée de concrétions ostéophytiques.

Enfin, comme on l'a vu plus haut, les *testicules* sont fréquemment *atrophiés*, et d'une dureté presque ligneuse ; ils ont perdu leur sensibilité physiologique, et au palper on les trouve criblés de tubérosités nodulaires.

Nous venons de passer en revue les lésions les plus caractéristiques de la syphilis héréditaire tardive, celles qui sautent aux yeux en quelque sorte, ou du moins ne peuvent échapper à un observateur attentif. Mais ces lésions ne sont pas les seules : aussi bien que la syphilis acquise, la vérole congénitale atteint tous les tissus, tous les organes ; la série complète des affections dites tertiaires appartient à l'une comme à l'autre, et au double point de vue du nombre et de l'intensité des manifestations pathologiques, la seconde est peut-être la plus riche des deux. Il s'en faut bien que tous les faits soient classés ; cependant on en connaît déjà un grand nombre, et on les verra se multiplier du jour où les médecins leur accorderont l'attention qu'ils méritent. Parmi les plus frappants, il faut citer, avec M. Fournier, ces cas de méningite cliniquement analogues à la méningite tuberculeuse, mais qui s'en distinguent par ce fait significatif qu'elles cèdent rapidement à la médication spécifique. Signalons aussi les faits de gommes viscérales, hépatiques, pulmonaires, etc., les affections syphilitiques du larynx dont M. Roger a rapporté un bel exemple ; les hypertrophies ganglionnaires, qui diffèrent des adénopathies strumeuses par une marche extrêmement lente et par l'absence de suppuration. N'oublions pas non plus les arthropathies chroniques, déjà signalées par Sigmund en 1858, qui tantôt se présentent sous la forme d'hydarthroses indolentes, et tantôt déterminent des déformations bizarres des extrémités articulaires, avec saillies ostéophytiques, limitation des mouvements et attitudes vicieuses du membre affecté. Enfin tous les auteurs qui ont étudié la question n'ont pu s'empêcher de remarquer l'insuffisance intellectuelle, le retard et la faiblesse

---

Cependant les détenus s'intéressent au travail qui leur est imposé, et un vieux gardien fort expérimenté nous affirmait que l'interdiction des ateliers serait une grande privation pour beaucoup d'entre eux.

La plus importante des industries qui s'exercent là est la fabrication des boutons de nacre, et celle-là n'est pas irréprochable au point de vue de l'hygiène, en raison de l'action des poussières sur les organes respiratoires. La durée limitée du séjour des détenus ne permet pas toutefois de constater une influence notable de ce genre de travail sur le développement des bronchites chroniques et de la phthisie pulmonaire.

Cette influence serait d'ailleurs atténuée autant que possible par les vastes dimensions des ateliers, leur aération constante, et le large espace attribué à chaque travailleur, toutes conditions qui sont exactement l'opposé de celles de la plupart des industries.

*
* *

Ce rêve, d'échapper à l'ordre temporel, lequel est vide, vain, creux et frivole, dit encore Renan, et qui dévore gloutonnement le meilleur de nous-mêmes et le plus clair de notre temps, se réalisait autrefois dans les monastères, où d'heureux inconscients enluminaient des missels, là où les réprouvés taillent aujourd'hui des boutons dans des coquilles d'huîtres.

Il y a cependant, de nos jours, des moyens détournés de se soustraire à cet esclavage de la vie matérielle, comme par exemple dans ces grands hôtels des Etats-Unis où, moyennant un prix convenu, on n'a à s'inquiéter de rien. Des domestiques que l'on ne connaît pas, et dont la vue ne s'associe pas forcément à l'idée de les mettre à la porte, vous servent un dîner dont vous n'avez marchandé aucun plat, et qui s'est fait dans une cuisine où vous ne mettez jamais les pieds.

de toutes les facultés, si fréquents chez les syphilitiques héréditaires, et ils n'ont guère hésité à y voir une nouvelle preuve de la déchéance universelle causée par la funeste diathèse.

Il ne faut pas l'oublier, la syphilis n'est pas seulement une maladie spécifique, à produits morbides particuliers; c'est aussi une cause essentielle, la plus puissante peut-être, d'affaiblissement organique; elle ne se borne pas à engendrer des gommes et des périostoses, elle produit encore une véritable déviation des phénomènes nutritifs, origine des plus graves désordres. Ainsi s'explique l'apparition fréquente, chez les individus en puissance de syphilis, d'une foule d'états morbides divers qui, pour n'être pas d'essence spécifique, n'en sont pas moins le résultat indirect de la maladie constitutionnelle. C'est à la dystrophie générale qu'il convient d'attribuer le retard et l'imperfection de la dentition chez les syphilitiques héréditaires, et la petitesse de la taille, et l'infantilisme, et la déchéance intellectuelle. C'est à l'influence irritative du virus syphilitique sur le processus formatif du tissu osseux qu'on peut rapporter, avec Kassowitz, l'excessive fréquence du rachitisme, que les travaux de Parrot ont mise hors de doute. Selon la remarque aussi juste que profonde du professeur Fournier, ni le rachitisme, ni les lésions dentaires, ni l'idiotie, n'ont rien de spécial à la syphilis; ce ne sont que des conséquences banales d'un affaiblissement général de l'organisme, qui peut reconnaître les causes les plus diverses.

Mais si bon nombre des troubles morbides que nous venons d'énumérer ne dérivent qu'indirectement de l'hérédité syphilitique, ils n'en présentent pas pour cela moins d'intérêt, et il y a cliniquement une grande importance à savoir reconnaître la maladie constitutionnelle dont elles sont l'expression détournée. Jusqu'ici, on doit en convenir, la plupart des médecins ne songent même pas à discuter un tel diagnostic; toutes les lésions des téguments et du squelette qui paraissent trahir une influence diathésique, sont rapportées sommairement à la scrofule. Et pourtant il suffit d'un peu d'attention pour reconnaître à quel point les troubles que nous venons d'étudier diffèrent des véritables manifestations scrofuleuses.

Quand on a sous les yeux le tableau complet que nous avons essayé d'esquisser tout à l'heure, l'hésitation n'est pas permise. Quelle analogie établir entre le scrofuleux au facies arrondi, au teint blanc et rosé, aux lèvres

---

Mais si vous vous avisez de faire l'éloge de ce système devant certaines personnes, on vous déclare que de pareils goûts sont une abominable dépravation, et qu'il faut avoir un chez soi.

Il paraît que le concierge qui lit vos lettres, le frotteur qui casse les faïences, les cheminées qui fument et les cabinets qui sentent mauvais, sont presque un acheminement vers la vertu, et qu'il est coupable de chercher à s'y soustraire. A ce compte-là, les gens vertueux seraient encore de beaucoup les plus nombreux, surtout en France, car ce fétichisme du chez soi est fort enraciné chez nous.

N'est-ce pas un peu en rapport avec nos goûts sédentaires, notre peu d'aptitude aux migrations et à la colonisation?

*
* *

Toute la grande presse s'est égayée, il y a quelque temps, d'une histoire qu'on vous racontait partout comme très drôle. C'est la conversation d'un chirurgien avec un homme qui a une barre de fer au travers du corps.

Nombre de gens se sont tordus à cette question de l'homme de l'art au patient : « Les accidents de ce genre sont-ils fréquents dans votre famille? »

Je crois charitable de prévenir les derniers éditeurs de cette plaisanterie qu'elle a pour elle, outre sa finesse, une respectable maturité, car elle traînait déjà, il y a au moins quinze ans, dans les recueils d'anecdotes, et mon collègue Simplissime lui a fait un grand honneur en lui accordant l'hospitalité de notre rez-de-chaussée.

Il me pardonnera d'être moins enthousiaste que lui pour l'histoire en question, que je trouve aussi peu ingénieuse que surannée.

épaisses, à la peau rugueuse, aux jambes trop longues et trop grosses, aux extrémités larges et livides, et le syphilitique héréditaire à la face petite et vieillotte, au crâne saillant, au teint pâle et terreux, à la peau mince et lisse, aux membres grêles et débiles? L'ensemble de ces caractères est si tranché qu'un observateur prévenu ne saurait s'y méprendre.

Mais, ordinairement, les faits sont moins nets; l'inscription est fruste, suivant l'expression de Trousseau, et on n'en peut déchiffrer qu'un ou deux traits isolés. C'est alors qu'il est nécessaire de procéder à une analyse scrupuleuse et de peser attentivement chaque phénomène. Ils sont loin d'avoir tous la même valeur. Ainsi le retard du développement général, l'abaissement intellectuel, très importants quand ils se joignent à d'autres signes, ne signifient rien de précis par eux-mêmes. Les cicatrices cutanées, auxquelles Parrot attachait tant d'importance, n'ont de véritable valeur que si elles sont bien marquées, d'une certaine étendue, et localisées aux points d'élection des syphilides ulcéreuses. A en croire Hutchinson, un signe pathognomonique serait fourni par cette altération dentaire spéciale qu'il désigne sous le nom de *dents typiques* (typical teeth), et qui consiste en une encoche semi-lunaire des deux incisives médianes supérieures; le professeur Fournier, moins exclusif, accorde également une grande valeur aux autres formes marquées de l'érosion, à l'amorphisme dentaire et à la vulnérabilité des dents. La kératite interstitielle, avec opacités cornéennes, apparue spontanément sans conjonctivite, présente aussi, au dire des Anglais, une réelle signification. Mais les lésions les plus démonstratives sont incontestablement les gommes et les périostoses, manifestations spécifiques par excellence; ainsi les pertes de substance du voile du palais sont à elles seules presque suffisantes, surtout quand elles sont accompagnées de destruction de la voûte osseuse palatine et de la charpente du nez; il en de même des hyperostoses périphériques; un épaississement de la crête du tibia, survenu en l'absence de tout traumatisme et persistant indéfiniment sans suppuration, est un indice presque évident de syphilis.

Toutefois, si les renseignements fournis par l'examen du malade permettent d'établir l'existence de la diathèse, ils ne sauraient suffire à en démontrer l'origine héréditaire, surtout quand il s'agit d'un adolescent ou d'un adulte. Une syphilis contractée accidentellement dans l'enfance, par vaccination ou autrement, pourrait produire des effets tout semblables, et

---

Il paraît qu'elle est du nombre des histoires périodiques, qui reviennent à intervalles réguliers, comme jadis le fameux serpent de mer du *Constitutionnel*, ou le vieux pot rempli de pièces d'or, trouvé dans un mur par des maçons.

Depuis Molière, le niveau des plaisanteries sur la médecine a beaucoup baissé, et l'on pourrait se contenter de son répertoire, qui échappe au moins à la lourdeur et à la banalité.

J'aimerais assez cependant le colloque rapide du médecin de campagne avec un émissaire qui vient le chercher la nuit pour un malade, et qui, lui voyant prendre son revolver, lui dit : « Vous avez donc bien peur de le manquer ? »

Quant à l'histoire de la broche, elle rappelle trop le paysan qui envoyait des souliers à son fils par le télégraphe, simple récit avec lequel Rochefort affirmait jadis qu'on pouvait encore se faire de très jolis succès en province.

Mais il faut bien, de temps en temps, travailler au bonheur de l'aimable sceptique qui s'efforce de mettre toujours ses interlocuteurs sur leur terrain, et qui entame son discours en vous demandant pourquoi la médecine ne fait pas autant de progrès que les autres sciences, pourquoi nous n'avons pas encore réussi à prolonger la vie humaine, et si bientôt nous arriverons à détruire tous les germes des maladies.

A la question posée de si haut, il n'y a qu'une réponse : C'est que la médecine n'est puissante que contre les toutes petites bêtes, tandis que les grosses résistent et se reproduisent déplorablement.

A. L.

c'est même là un des arguments favoris de ceux qui s'obstinent à nier les manifestations tardives de la syphilis héréditaire. Bien que ce point n'ait qu'un intérêt purement théorique, il convient de compléter la recherche en interrogeant avec soin les antécédents du malade. Quelquefois on pourra savoir que celui-ci a eu, peu de semaines après sa naissance, une éruption de taches rosées sur la peau, des ulcérations buccales et anales ou toute autre affection syphilitique; on recueillera ce renseignement important que plusieurs frères et sœurs sont venus morts-nés ou ont succombé en bas-âge dans un état cachectique; enfin, s'il est possible de s'adresser aux parents eux-mêmes, on obtiendra peut-être l'aveu de la maladie initiale.

Cette constatation étiologique offre toujours de grandes difficultés; souvent même elle est impossible, mais il n'y a pas là de quoi rebuter l'observateur attentif, et toutes les fois qu'on a de sérieuses raisons de croire à des manifestations de l'hérédité syphilitique, on est suffisamment autorisé à tenter l'épreuve du traitement et à administrer l'iodure de potassium.

Car la syphilis congénitale cède à la médication spécifique, tout comme la syphilis acquise: si profondes que soient les lésions, pourvu qu'elles n'aient pas abouti à la formation de tissus parfaits, on les voit rétrograder rapidement. Voilà pourquoi il est important de bien connaître la syphilis héréditaire tardive et de savoir la diagnostiquer: ce n'est pas, comme trop de gens se l'imaginent, une affection rare, une curiosité pathologique; dans les grandes villes, principalement, on la rencontre à chaque pas, et il est certain qu'une forte partie des affections chroniques observées chez les jeunes sujets ne reconnaît pas d'autre cause. Les médecins ne sauraient donc attacher trop de valeur aux remarquables travaux qui les ont mis en état de la connaître et de la traiter.

Henri Barth.

BIBLIOTHÈQUE

Conférences de clinique médicale faites a l'Hotel-Dieu, par M. le docteur Raymond, Paris, 1883; Delahaye et Lecrosnier.

Remplaçant de M. G. Sée, pendant l'année 1881, M. Raymond s'est proposé, non seulement d'apporter à l'instruction des élèves un contingent de faits nouveaux, mais bien de leur enseigner aussi par l'exemple, les règles de l'observation clinique. C'est, en effet, par l'esprit méthodique qui inspirait le professeur, par la vigueur du raisonnement et la précision du diagnostic, que ces quelques conférences, trop courtes au gré du lecteur, seront certainement lues avec autant d'intérêt qu'elles ont été écoutées dans l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu.

Scruter avec soin le passé du malade, étudier minutieusement son état actuel, et à l'aide de ces notions déduire le diagnostic, le traitement et le pronostic de l'affection, telle est la règle bien classique dont M. Raymond s'est inspiré et, — mérite plus grand — qu'il a observée. C'était là un exemple fécond pour les auditeurs.

Ces conférences sont au nombre de quinze et ont presque toutes l'intérêt de l'actualité. Dans des sujets déjà anciennement développés par des maîtres, M. Raymond a su adjoindre des considérations originales, introduire des notions complètes sur les progrès récents de la pathologie, et au besoin, des discussions doctrinales.

Tel est le motif pour lequel, tout en demeurant classique, ce petit livre est d'une lecture attrayante.

C'est ainsi que dans la conférence qui a pour titre: *Abcès du cervelet consécutif à une otite interne*, l'auteur insiste sur la symptomatologie et les caractères diagnostiques des affections trop souvent obscures du cervelet. A propos d'une *myélite aiguë chez une jeune fille de 17 ans*, il examine les diverses hypothèses du diagnostic, et à ce propos signale les caractères différentiels de la paralysie d'origine cérébrale, des paralysies névrosiques ou bien de la méningite spinale aiguë. En présence d'un cas de *rubéole*, il expose un peu succinctement, il est vrai, les recherches les plus récentes sur le *rotheln*. Enfin, parmi ces leçons, presque toutes également remarquables, il faut encore citer celles qui

sont relatives au *cancer latent de l'estomac* et aux *atrophies musculaires secondaires*; toutes questions de haut intérêt pratique.

Un tel ouvrage est de ceux qu'on ne peut complètement analyser, mais dont la place est marquée aussi bien dans la bibliothèque de l'étudiant que parmi les livres utiles aux médecins praticiens. Nous terminerons par un vœu : celui de voir M. Raymond continuer, étendre et achever une œuvre trop abrégée, quoique très heureusement commencée.

Ch. Eloy.

JOURNAL DES JOURNAUX

Rétinite albuminurique de la grossesse, par Ryerson. — Femme de 22 ans, grosse, albuminurique. Sa vue a beaucoup baissé dans ce dernier mois; elle voit les contours des objets, non le centre. Sensations lumineuses dans l'obscurité; céphalée frontale persistante. Nausées et vomissements. Elle est au quatrième mois. A l'ophthalmoscope, œil droit, dépôts blanchâtres autour de la tache jaune; nombreuses plaques disséminées sur toute la rétine, pupille œdématiée et de limites confuses. Mêmes lésions de l'œil gauche, mais, en plus, petites hémorrhagies nombreuses dans la moitié supérieure du fond de l'œil. Quelque temps après cet examen, il y eût de l'éclampsie et un avortement s'ensuivit; la femme guérit, ne conservant qu'une gêne légère de la vision. Une seconde grossesse, peu de mois après, lui fut fatale; elle mourait au milieu de convulsions éclamptiques. (*The British med. Journal,* 9 juin 1883.)

Grandes opérations chez les phthisiques, par Howard Marsh. — L'expérience de l'auteur tend à lui faire admettre non seulement l'innocuité de certaines grandes opérations chez des phthisiques même avancés, mais aussi leur heureuse influence sur l'état général, un foyer de suppuration et une cause de souffrance leur étant enlevés. Mais les quatre malades dont il donne l'observation n'ont pas été suivis suffisamment longtemps, et c'est peut-être dépasser la portée des faits que de les présenter comme démontrant autre chose que la possibilité de beaux succès opératoires chez les phthisiques. — 1. Tumeur blanche du genou. Suppuration. Phthisie avancée; amputation de la cuisse; guérison. — 2. Arthrite du poignet. Suppuration; phthisie; hémoptysies. Amputation; guérison. — 3. Tumeur blanche du cou-de-pied. Suppuration profuse; phthisie aiguë, avancée; amputation de Syme; grande amélioration de la santé générale. Mort un an après. — 4. Lésions des os du tarse; suppuration. Phthisie; amputation de Pirogoff; amélioration notable de la santé générale. (*Id.*, 9 juin 1883.)

Hémiplégie infantile avec hyperexcitabilité réflexe, par Fr. Taylor. — L'enfant fut pris, à 1 an, de convulsions généralisées qui durèrent deux heures et laissèrent derrière elles une faiblesse qui dégénéra rapidement en hémiplégie gauche avec contraction. Au moindre bruit fait près du petit patient, le bras gauche se rejetait en dehors et demeurait fixé à angle droit sur le tronc, dans l'extension complète; la physionomie était inquiète et les jambes accentuaient leur extension. Il existait aussi une choroïdite double. L'auteur pense à l'association de la chorée et de la paralysie infantile. (*Id.,* 9 juin 1883.)

Le nitrite de soude dans l'épilepsie, par Ralfe. — Les essais de Ralfe sont favorables à l'emploi de ce médicament, qui a déjà donné de bons résultats en d'autres mains (1). Il l'a employé dans 17 cas : 3 fois sans aucun succès, 4 fois avec un certain bénéfice, 1 fois avec des résultats douteux, 9 fois avec un avantage incontestable. Il conviendrait, en particulier, dans les cas où le bromure de potassium est sans action; ou encore pour venir en aide à la cure au bromure, dont les effets s'épuisent au bout d'un certain temps, et au cas de *bromisme*. Enfin, il s'adresserait surtout aux épilepsies légères, aux attaques sans grande réaction qu'on observe chez les jeunes gens arrivés à la puberté, et dont les accès sont principalement nocturnes. Les effets physiologiques se rapportent à ceux du nitrite d'amyle et de la nitro-glycérine, plus lents à se produire; ils sont aussi plus persistants. (*Brit. med. Journ.*, décembre 1882. — *London medical Record,* 15 février 1883.)

Mort à la suite de l'administration du bichlorure d'éthylène. — Un homme de 26 ans, admis à l'hôpital pour subir l'extraction d'une paillette de métal logée dans le cristallin droit, fut soumis aux inhalations des vapeurs de bichlorure d'éthylène. L'anesthésie était obtenue au bout de dix minutes et on commençait l'incision de la cornée; mais le pouls

(1) Voir *Union Médicale* du 13 mars 1883, *Journal des Journaux.*

tombait immédiatement et le patient présentait tous les signes d'une syncope dont on ne parvint pas à le faire revenir. A l'autopsie, on constatait une dégénérescence cardiaque prononcée, sans lésion valvulaire. Plaque athéromateuse dans l'aorte. (*Id.*)

Le chloral dans l'albuminurie, par C. Wilson. — Une femme de 40 ans présentait de la dilatation du cœur, de la congestion passive des reins et de l'anasarque à un haut degré. Prenant du chloral le soir comme soporifique, son urine était, le lendemain, plus claire et moins chargée d'albumine. Sur cette donnée, on administra systématiquement le chloral, qui fit peu à peu disparaître l'anasarque. Le chloral supprimé, celle-ci faisait retour, pour disparaître de nouveau, avec la reprise du médicament. L'épreuve était donc complète, et elle fut renouvelée avec le même succès sur un vieillard albuminurique. (*Id.*)

Le croton-chloral comme soporifique, par Collier. — Ce médicament produirait facilement un sommeil réparateur sans aucune suite désagréable. Il réussirait où les autres agents du même ordre auraient échoué. Ses effets physiologiques sur la circulation et la respiration sont nuls; l'action est directe et immédiate sur les centres nerveux. Les doses seraient de 20 centigrammes chaque demi-heure, jusqu'à effet produit. (*Id.*)

R. Longuet.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Paul Bert présente une note de MM. L. Olivier et Ch. Richet, intitulée: *Nouvelles observations sur les microbes des poissons.*

I. *Mobilité des microbes.* — Dans nos précédentes communications sur les bactéries de la lymphe des poissons, nous avons noté qu'en général ces microbes sont peu mobiles. Comme la mobilité, bien constatée, est un caractère qui ne laisse prise à aucun doute sur la nature vivante des formes observées, nous nous sommes appliqués à la déterminer avec rigueur.

Aux forts grossissements, il est difficile de discerner parmi les mouvements de petite amplitude ceux qui sont passifs, browniens, de ceux qui sont spontanés, par conséquent dus à des êtres animés. Aussi, pour écarter toute incertitude, n'avons-nous qualifié de *mobiles* que les microbes qui, parcourant avec rapidité le champ du microscope, exécutaient des mouvements alternatifs de flexion et de reptation, de manière à se porter rapidement d'un point à un autre, au milieu des particules immobiles. C'est cette *mobilité* de *translation* que nous avons cherchée avec soin; car elle constitue une preuve indiscutable de l'existence des microbes.

A l'examen direct, il faut quelque patience pour trouver, dans les liquides des poissons, des microbes doués de cette sorte de mobilité. Néanmois, si l'on multiplie les observations, en explorant avec soin chaque gouttelette soumise au microscope, on parvient à voir dans le liquide péritonéal, dans le liquide céphalo-rachidien, dans la lymphe péricardique et même dans le sang du cœur, des microbes manifestement mobiles. Pour arriver à les découvrir, il faut observer assidûment la même préparation sans la déplacer. Assez souvent alors on s'aperçoit que certains des *bacillus*, qui semblaient depuis longtemps immobiles, entrent tout d'un coup en mouvement. On les voit se mettre soudain à nager dans le liquide, tandis que la position de leurs congénères reste invariable. Ils se contournent sur eux-mêmes, exécutent des mouvements de flexion, de gyration ou de translation rapide à la manière des vibrioniens. Une goutte d'acide acétique fait cesser aussitôt ce mouvement.

Il est nécessaire de constater la mobilité. Sans ce caractère, on s'exposerait souvent à confondre avec les *bacillus* un élément nouveau que nous avons découvert dans la lymphe des poissons, et que nous décrirons prochainemeut.

II. *Cultures.* — Nous avons pu, dans certaines conditions, obtenir la culture des microbes de la lymphe.

A. *Cultures autogènes liquides.* — Si l'on recueille avec toutes les précautions nécessaires de la lymphe ou du sang de poisson, ces liquides ne se putréfient pas et ne s'altèrent pas d'une manière appréciable, même après plusieurs mois. Toutefois l'observation microscopique y décèle des microbes incontestables. Le maintien de la limpidité et l'absence de putréfaction ne constituent donc pas une preuve suffisante de la pureté d'une liqueur organique par rapport aux bactéries. Nous n'insistons sur ce fait, déjà indiqué par nous (1), que parce qu'il concorde de tout point avec nos nouvelles expériences.

B. *Cultures dans des bouillons.* — Un bouillon de bœuf, neutralisé, filtré à plusieurs reprises de manière à être parfaitement limpide, est, dans un ballon scellé, chauffé pendant quinze heures dans une étuve de 105° à 110°; le liquide reste limpide et il ne s'y forme aucun dépôt. Des quantités convenables sont introduites avec les précautions nécessaires dans des matras Pasteur stérilisés. Au bout d'un mois de séjour, ces liquides ont conservé leur transparence et leur limpidité sans formation d'aucun dépôt; ils sont alors ensemencés avec du sang ou de la lymphe recueillis comme il a été dit plus haut. Plusieurs échantillons de ce sang et de cette lymphe ont été conservés dans des pipettes tubulées; on remplit ces pipettes de bouillon stérile, et on les scelle aux deux bouts, de manière à faire des cultures presque complètement à l'abri de l'air.

Le liquide, soit des ballons Pasteur, soit des pipettes tubulées et scellées, ne se trouble pas malgré l'ensemencement : même après plusieurs mois, le liquide est resté tout à fait clair. Cependant, dans le fond du ballon, apparaît un léger dépôt floconneux, blanchâtre, tellement minime, qu'il est difficile à apercevoir. Or, au microscope, ce dépôt contient des cellules sphériques hyalines en chapelets, des *bactériums* immobiles et des *bacillus* qui offrent un genre spécial de mobilité de translation; c'est le plus souvent une progression lente déterminée par la flexion du corps et comparable à une sorte de reptation. Ces microbes se colorent d'une façon très intense par le violet de méthyle. Ce n'est guère que dans la dernière goutte obtenue en râclant le fond du matras qu'on peut apercevoir ces microbes. La plupart ont un mouvement de translation assez lent; mais quelquefois ils sont aussi mobiles que les vibrions les plus agiles.

C'est surtout dans les pipettes, scellées aux deux bouts, et dans les cultures sans air, que ces microbes abondent. La goutte inférieure du liquide contient quantité de microbes mobiles.

Après maints essais, nous avons pu réunir une douzaine d'observations précises qui, au point de vue de la méthode expérimentale employée, nous paraissent rigoureuses. Nous n'en donnerons ici, pour terminer, qu'un seul exemple.

Le liquide céphalo-rachidien d'une limande, recueilli avec les précautions nécessaires (le 21 avril 1883), est mélangé à du bouillon stérilisé (le 21 mai), d'une part dans un tube privé d'air, d'autre part dans un matras Pasteur. Du 21 mai au 18 août, aucun trouble n'apparaît dans l'un ou l'autre flacon; dans le fond est un dépôt minuscule, blanchâtre : ce nuage contient des *bacillus* mobiles, courts, flexueux en *s*, se colorant par le violet de méthyle. Ces organismes sont manifestement plus nombreux et plus mobiles dans le tube privé d'air. On n'en trouve que dans la dernière goutte, tout le reste est sans organisme. Quelques globules lymphatiques non altérés peuvent encore s'observer. »

FORMULAIRE

Eau de Cologne antiseptique. — Fairthorne.

Hydrate de chloral.	7 grammes.
Quinine.	0 gr 60 centigr.
Acide phénique pur	1 gr 80 centigr.
Essence de lavande	20 gouttes.
Eau de Cologne	240 grammes.

Faites dissoudre. — Le chloral dissimule en partie l'acide phénique, de sorte que l'odeur de cette eau de Cologne modifiée n'est point désagréable. — Elle peut être employée comme *spray*, pour parfumer les chambres de malades, et l'auteur la considère comme un antiseptique efficace. — N. G.

COURRIER

Attentat contre M. Jules Rochard. — Nous avons appris avec un douloureux étonnement l'attentat dont vient d'être victime M. J. Rochard, inspecteur général du Corps de santé de la marine. Tous les journaux ont annoncé, hier soir et ce matin, que notre éminent confrère avait reçu dans le poumon droit une balle de revolver, au moment où il venait de quitter le ministère et rentrait chez lui, rue du Cirque. Aujourd'hui encore, on ne comprend rien à ce crime inexplicable, sur lequel une enquête est ouverte. Mais ce qui nous importe, c'est de savoir que jusqu'ici l'état du blessé est satisfaisant.

MM. Le Roy de Méricourt, Lannelongue et Legouest lui ont prodigué leurs soins. Aujourd'hui le bulletin, signé de M. Le Roy de Méricourt, porte ces mots : « Le blessé a passé une bonne nuit; aucune complication. » Nous faisons les vœux les plus ardents pour le prompt rétablissement d'un confrère qui honore à un si haut degré la profession médicale, et qui jouit de l'estime et de la sympathie universelles.

Le tout a l'égout. — Nous avons rendu compte, il y a longtemps déjà, des travaux de la Commission technique d'assainissement, et nous avons dit qu'elle s'était prononcée, à une assez grande majorité, pour un système voisin du « tout à l'égout » et qui y mène forcément.

On lit aujourd'hui dans les journaux politiques que « l'Administration supérieure ne paraît pas disposée à donner suite à ce vote, qui ne doit être considéré que comme un simple avis; elle estime qu'on ne tranche pas les questions d'hygiène à coups de majorité. »

— La rentrée des Facultés pour l'année accadémique 1883-1884 aura lieu le mardi 6 novembre.

Les cours commenceront le même jour.

A partir du 15 octobre, les registres d'inscriptions seront ouverts pour tous les étudiants, spécialement pour ceux qui désirent contracter avec sursis un engagement volontaire d'un an. Ils seront clos le 15 novembre, à quatre heures du soir, excepté pour les jeunes gens qui seront reçus bacheliers dans la session de novembre. Pour les autres trimestres, les registres seront ouverts du 2 au 15 janvier, du 1er au 15 avril, du 1er au 15 juillet.

— Le document suivant promet un commencement de satisfaction aux plaintes formulées par le corps médical français en Algérie contre la tolérance coupable à l'abri de laquelle nombre de médecins interlopes exercent la médecine dans ce pays sans justifier de conditions et garanties de diplôme suffisantes, ou même sous le titre de *docteur*, qualification usurpée quand elle ne spécifie pas sa provenance étrangère.

Le préfet d'Alger vient d'adresser, aux sous-préfets, administrateurs et maires du département, la circulaire suivante, relative aux médecins étrangers :

« Alger, le 11 août 1883.

« Messieurs,

« L'attention de M. le Ministre de l'instruction publique a été appelée sur ce fait qu'un certain nombre d'officiers de santé exerceraient la médecine en Algérie, sans titres réguliers.

« Quelques-uns, munis de diplômes étrangers, auraient sollicité ou obtenu une autorisation provisoire, mais ils négligeraient de régulariser leur situation, quand arrivent les sessions d'examens.

« Ces abus portant un préjudice notable à l'Ecole de médecine d'Alger et aux droits des praticiens munis de titres réguliers, je vous prie de me signaler ceux dont vous pourriez avoir connaissance, afin de me permettre de prendre des mesures pour les faire cesser. » (*Gaz. méd. de l'Algérie.*)

— Une plaque commémorative destinée à rappeler la fin douloureuse de M. Thuillier et son dévoument à la science va être placée à l'Ecole normale.

— Une conférence internationnale se réunira à Rome au mois de novembre prochain afin d'élaborer un code sanitaire international.

Prix. — La « Company of Grocers », à Londres, offre au concours universel un prix de 25,000 francs (1,000 liv. st.) pour la solution du problème suivant :

Découvrir une méthode au moyen de laquelle le virus vaccinal puisse être cultivé dans un milieu indifférent. La méthode doit permettre de multiplier le virus indéfiniment par générations successives, et le produit de chaque génération doit accuser les qualités de la lymphe vaccinale naturelle (autant que le délai accordé en permettra l'épreuve).

Les candidats devront soumettre leurs travaux, en anglais, avant le 31 décembre 1886, et le prix sera décerné aussitôt que possible après cette date. On obtiendra de plus amples informations en s'adressant à : « The Clerk of the Grocers Company (Grocers Hall). » — E. C. (Londres.)

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Nº 139 L'UNION MÉDICALE Dimanche 29 Septembre 1883

Sommaire

Sur les différents degrés d'altérations anatomiques des cordons médullaires postérieurs considérés dans leurs rapports avec la curabilité de l'ataxie locomotrice.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 13 juillet 1883,

Par M. Desnos, médecin de l'hôpital de la Charité.

Messieurs,

Dans la dernière séance, à l'occasion de la lecture faite à la Société par M. Rendu, d'une nouvelle observation de guérison d'ataxie locomotrice syphilitique appartenant à M. Desplats, des objections ont été produites à cette occasion par notre collègue M. Debove, relativement à la curabilité de l'ataxie locomotrice. Il a fait valoir contre l'opinion favorable à la possibilité de guérir l'ataxie locomotrice, les résultats d'autopsies, en certain nombre, pratiquées par lui à l'hôpital de Bicêtre, autopsies dont il a rendu témoin M. Fournier, et desquelles il résultait que, chez des sujets qui n'étaient pas encore profondément atteints au point de vue des symptômes, mais chez lesquels existaient cependant des douleurs fulgurantes qu'il considère comme caractéristiques de l'ataxie, on trouvait déjà, soit à l'œil nu, soit au microscope les altérations les plus formelles de la sclérose des cordons médullaires postérieurs, c'est-à-dire des lésions irréparables.

Le résultat de ces autopsies, ainsi que le faisait remarquer notre collègue, confirmait M. Fournier dans cette opinion qu'il a émise dans cette enceinte, qu'il a professée dans ses cours, dans ses écrits, que l'irréductibilité des altérations dans un assez grand nombre de maladies du système nerveux, d'origine évidemment syphilitique, expliquait les insuccès partiels ou complets de traitements spécifiques institués d'après les indications les plus rigoureuses.

Tout en admettant, pour un grand nombre de cas et même, si l'on veut, pour la majorité des faits, la légitimité des conclusions tirées par M. Debove des résultats de ses recherches nécroscopiques, je faisais cependant remarquer qu'il pouvait se présenter, qu'il s'était offert à l'observation, des cas où les symptômes les plus nets du *tabes dorsalis* avaient pu coïncider avec des lésions superficielles de la moelle. J'en apportais pour exemple l'histoire d'un malade dont j'avais donné l'observation à feu notre regretté maître Gubler, qui préparait, au moment où la mort l'a surpris, un travail ayant pour but de démontrer cette proposition. Ce malade était traité dans mon service, en 1875, pour une maladie qui présentait l'ensemble des symptômes les plus complets de l'ataxie locomotrice. Il succomba accidentellement, par suite de l'invasion d'une myocardite, à une variole contractée dans la salle où régnait une petite épidémie varioleuse. Lors de l'autopsie, non seulement l'examen macroscopique de la moelle ne dénotait pas de lésions des cordons postérieurs, mais encore l'examen histologique pratiqué au laboratoire de la Faculté de médecine, par M. Cadiat, n'y révéla que des altérations d'ordre congestif, dont l'existence, par conséquent, était compatible avec l'idée de curabilité. Telle était, du moins, l'idée que je me faisais de la signification de cette observation. M. Debove a contesté la validité de mon interprétation, en invoquant des questions de technique.

J'abandonne ce terrain sur lequel, comme il l'a fait remarquer, il serait peut-être difficile de s'entendre, et je vous soumets aujourd'hui une preuve

indirecte tirée de la clinique, de l'existence de lésions superficielles, par conséquent réductibles d'une façon momentanée ou définitive, concordant avec des symptômes significatifs d'ataxie locomotrice.

Voici le fait que j'invoque :

Au commencement du mois de mai, entra, dans mon service à l'hôpital de la Charité, un jeune homme de 24 ans, d'esprit cultivé, fatigué par des travaux intellectuels, et surmené surtout depuis quelque temps par des excès vénériens, qu'il ne niait pas. Il paraissait également avoir eu la syphilis il y a quelques années, comme le démontraient ses propres renseignements et une lettre de son médecin qu'il m'a communiquée. Il avait eu alors des plaques muqueuses de la gorge et une roséole spécifique.

A son entrée dans le service, il accusait des douleurs dans les muscles des mollets, douleurs existant dans le lit, mais prenant, lorsqu'il se levait, lorsqu'il marchait pour aller seulement au bout de la salle, une intensité telle qu'il était obligé de s'arrêter. Mon examen, le premier jour, fut intentionnellement superficiel. Le malade était très frappé de son état; on avait parlé dans son entourage de maladie de la moelle. Je diagnostiquai ostensiblement un rhumatisme et ordonnai quelques douches de vapeur. Mais, au bout de quelques jours, l'état s'aggravant au lieu de s'améliorer, je procédai à un examen plus minutieux.

Il n'existait pas de phénomènes céphaliques. La pression ou le passage d'une éponge imbibée d'eau chaude le long de la colonne vertébrale ne provoquait pas de douleurs. La sensibilité de la peau des membres inférieurs était intacte, en ce sens qu'elle était conservée dans ses divers modes; mais le malade ressentait souvent des élancements rapides, très douloureux, instantanés dans les cuisses ou dans les jambes, en même temps qu'une sensation de constriction permanente, très pénible, au niveau des régions des mollets. C'était surtout lorsque ce jeune homme marchait que les troubles fonctionnels devenaient caractéristiques.

Outre qu'il marchait en lançant en avant ses membres inférieurs roidis, en frappant légèrement le parquet du talon, aussitôt qu'il était privé du secours de la vue, il jetait ses jambes d'un côté à l'autre, les croisait l'une sur l'autre, titubait, et il serait infailliblement tombé si je n'avais pris soin de placer une personne à côté de lui pendant l'expérience; et ce n'était pas seulement pendant la marche que l'absence d'intervention de la vue provoquait des troubles de locomotion. Dès qu'il cherchait à se tenir debout, en fermant les yeux, il chancelait, et il était de suite nécessaire que la personne placée à côté de lui vînt à son aide.

Les phénomènes les plus pathognomoniques de l'ataxie locomotrice me paraissaient donc établis chez ce jeune homme, et, d'autre part, comme il semblait très probablement, sinon sûrement, avoir été atteint de syphilis, je résolus de ne pas le priver des chances plus ou moins favorables que pouvait lui présenter une médication spécifique.

Je le soumis donc graduellement mais rapidement à un traitement mixte représenté quotidiennement par 5 centigrammes de proto-iodure de mercure, par 4 à 5 grammes d'iodure, et par une dose égale de bromure de potassium. Ce traitement était interrompu, de temps à autre, pendant quelques jours, en raison de la diarrhée qu'il provoquait. Il resta pendant quelques semaines sans donner aucun résultat favorable, lorque vers le 18 juin, le malade commença à trouver que ses douleurs disparaissaient dans le lit, qu'il pouvait marcher plus longtemps sans qu'elles se réveillassent. Toutefois, à ce moment et pendant les jours suivants, la déambulation, la station debout, étaient encore impossibles si les yeux ne surveillaient pas les membres inférieurs.

Tout à coup, le 23, il déclara qu'actuellement, non seulement il n'avait plus de douleurs, mais encore qu'il pouvait fermer les yeux sans que la

privation de la vue apportât le moindre obstacle à la locomotion; ce que nous constatâmes. Le 28 il se trouvait complètement guéri. De fait il marchait très normalement, et il voulait sortir.

Je l'ai vu deux fois depuis cette date. Il dit se trouver toujours très bien, pouvoir vaquer à ses affaires, faire des courses sans en ressentir d'inconvénients. Il ferme souvent les yeux en marchant, pour s'assurer si leur occlusion n'a pas d'inconvénients, et toujours il est satisfait de cette expérience.

Cette observation, messieurs, pourrait être envisagée avec intérêt à un double point de vue.

En premier lieu, il serait possible de la donner comme un exemple de *tabes dorsalis* syphilitique guéri par l'intervention d'un traitement spécifique. Mais je me garderai bien de commettre l'imprudence de vous la présenter à ce point de vue. Il y a trop peu de temps que les phénomènes morbides ont disparu pour que j'ignore de quelles justes objections je serais passible. Ce ne sera que plus tard, si après un long temps je puis vous annoncer la persistance de la guérison, que cette cure pourra devenir une contribution intéressante à l'histoire thérapeutique de l'ataxie syphilitique.

Aujourd'hui je ne veux retenir que ce fait de l'existence de symptômes sinon complets, au moins très caractéristiques du *tabes dorsalis* parmi lesquels n'ont pas même fait défaut ces douleurs fulgurantes considérées par notre collègue comme coïncidant d'ordinaire avec des altérations scléreuses de la moelle, s'évanouissant totalement à un moment donné, de manière à faire songer à une guérison. Ne semblera-t-il pas à la Société, ne semblera-t-il pas à M. Debove lui-même, qu'une restauration aussi parfaite des fonctions, opposée aux troubles considérables de locomotion qui peu de jours auparavant entravaient la marche, pour si courte qu'on veuille l'accepter, entraîne presque nécessairement l'idée de lésions superficielles de la moelle, capables, par conséquent, de disparaître complètement, spontanément ou sous l'influence d'un traitement approprié. Ne vous paraît-il pas, au contraire, qu'une semblable restauration est incompatible avec l'idée d'une sclérose qui aurait infligé aux éléments actifs du système nerveux des altérations indélébiles.

Je serais heureux de vous faire partager à ce sujet des convictions qui, en détournant notre esprit de l'idée d'incurabilité qu'entraîne trop facilement l'idée de lésions irréductibles, nous engagerait à poursuivre des tentatives thérapeutiques qui peuvent, par exception sans doute, mais qui peuvent réaliser des guérisons ou au moins des améliorations considérables, et dont, au contraire, nous éloigneraient des opinions d'incurabilité professées au nom d'une anatomie pathologique peut-être trop absolue dans ses formules.

Pachydermie symétrique des membres inférieurs.

Lecture faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 9 juin 1883,

Par M. Charpentier, médecin-adjoint à la Salpêtrière.

Suite. — Voir le numéro du 25 septembre.

Sous quel nom désigner un tel ensemble de symptômes ? Les *Archives de médecine navale*, trop peu lues à notre époque, contiennent de nombreuses relations touchant les éléphantiasis; les leçons de M. Guibout, et surtout celles si intéressantes de M. Ernest Besnier (*Gaz. hôpit.*, 1878), commentées dans les thèses inaugurales de Charellay (1879) et Clarac (1881), un travail très consciencieux de M. Barth inséré dans le n° 4 des *Annales de dermatologie* ont fixé plus nettement les esprits sur cette maladie qui, pour exotique qu'elle soit, ne laisse pas que de frapper certains sujets de nos régions. D'un autre côté, les leçons cliniques de M. le professeur Charcot, les observations de Bourneville et Ballet, la thèse inaugurale de Riedel-Saillard, les nombreuses revues critiques

de Thaon, Olive, de Ranse, Merklen et Blaise, les travaux de M. Rabère dans le *Journal de médecine de Bordeaux* et de Fiessinger dans la *Revue médicale de l'Est* sont venus joindre leurs efforts aux travaux des observateurs anglais sur cette maladie qui, sous le nom de myxœdème ou cachexie pachydermique, nous apparaissait vers 1880 comme une nouveauté avec sa triade symptomatique: apparence éléphantiasique, troubles musculaires anémiques et désordres dans l'état mental. Et, à un troisième point de vue, dans les leçons de M. le professeur Hardy sur la sclérodermie (*Gaz. des hôpit.*, 1876), dans les thèses inaugurales consécutives de MM. Coliez, Viaud et Hervéou, dans la thèse d'agrégation de Leroy et dans l'article du professeur Ball sur le même sujet, nous voyons apparaître une sclérodermie œdémateuse, troisième variété de sclérodermie après la sclérodermie en plaques et après la sclérodermie des extrémités ou sclérodactylie, dont l'ainhüm, d'après des travaux récents, devient de plus en plus rapproché.

Nous avions pensé, par la comparaison entre les symptômes fournis par notre malade et ceux de l'éléphantiasis, du myxœdème ou de la sclérodermie œdémateuse, que nous pourrions classer notre cas; mais nos lectures à ce sujet nous ont fait voir dans chacun de ces états morbides tant de différences et tant de variétés, non pas seulement au point de vue des théories émises, mais aussi à propos des symptômes décrits, que nous croyons qu'en l'état actuel des choses et pour des cas analogues, il vaut mieux se borner à fournir une description exacte du cas observé que de chercher à faire rentrer ce cas dans un des cadres établis.

Ainsi, à propos de l'éléphantiasis, nous trouvons un éléphantiasis parasitaire dû à la *filaria sanguinis hominis* et un non parasitaire, sans autre signe différentiel que le parasite. J'avais bien pensé à faire diriger sur ma malade des recherches dans ce sens, mais j'ai été arrêté par la rareté du parasite dans les éléphantiasis des régions autres que les régions circum-tropicales.

Quoi qu'il en soit, avons-nous affaire ici à l'éléphantiasis des Arabes? En tous cas, ce serait la forme simple, ce serait l'éléphantiasis simple œdémateux. Certes, le développement aux membres inférieurs, le début par le côté gauche, par le collet de la jambe, l'absence de lésions plantaires, le peu de part que le pied prend à la maladie, l'état de la peau, l'absence de troubles de la sensibilité, le peu de douleur sont en faveur du diagnostic éléphantiasis; mais l'absence de lésions des ganglions inguinaux, l'absence de toute gêne vasculaire ou lymphatique, l'œdème des régions supérieures de la face et l'œdème passager de la main sont particuliers à notre sujet. M. E. Besnier dit qu'il faut un examen très sévère pour parler d'éléphantiasis à propos du segment supérieur du corps; et d'ailleurs, à la face, ce sont les parties inférieures, les lèvres (*leontiasis*), qui sont prises surtout et d'abord. L'observation I de Clarac (thèse 1881, n° 179), dans laquelle l'éléphantiasis a gagné le ventre et les seins, parle d'une dureté ligneuse qui nous fait penser qu'il y a tout au moins un mélange de sclérodermie atrophique; l'observation du professeur J. Renaut, de Lyon, consignée dans les *Archives de physiologie* de 1872, mentionnant que la main et l'avant-bras gauche ont été pris, se rapproche de notre cas. Mais M. Renaut lui-même prend bien soin de faire remarquer que l'évolution rapide des symptômes chez son malade, l'énorme développement des ganglions lymphatiques, tel qu'il y avait une ascite mécanique due à la compression exercée par les ganglions mésentériques et un état mental particulier (vrai délire de persécution), éloigne son cas des cas ordinaires d'éléphantiasis; il est tenté de le rapprocher des leuco-phlegmasies ou des œdèmes lymphatiques de Virchow. Nous croyons que M. Renaut a eu affaire à un échantillon morbide à part, non encore classable. Notre malade également, si nous portons sur elle le diagnostic : *éléphantiasis des Arabes,* constituera sous ce titre une individualité particulière avec son absence de troubles lymphatiques et vasculaires, avec son œdème de la main gauche, avec celui des parties supérieures de la face et ses troubles thoraciques. Nous avons pensé à la sclérodermie œdémateuse, surtout en relisant les leçons de M. le professeur Hardy, car nous n'avons pas eu personnellement l'occasion d'observer cette affection.

« Cette variété de sclérodermie, dit le professeur, est caractérisée non seulement par « une induration de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, mais encore par un peu « de gonflement, par une sorte d'œdème dur dans lequel, au lieu de la mollesse que « détermine la sérosité, on trouve une résistance du tégument telle que le doigt n'y « détermine aucune empreinte par la pression. Dans les régions du corps ainsi affec- « tées, la sensibilité est normale. Ce sclérème œdémateux est quelquefois localisé, « tantôt aux membres supérieurs, tantôt aux membres inférieurs. Chez une dame, les « seins avaient une consistance toute spéciale; il semblait, en les pressant, que l'on « eût affaire à un ballon de caoutchouc complètement distendu, que la peau fût souf-

« flée et distendue par de l'air. Cette variété de sclérodermie, qui a une très grande « ressemblance avec l'œdème ordinaire, peut être considérée comme un œdème dur et « a un très grand rapport avec le sclérème des nouveau-nés. Enfin, elle ne s'accom- « pagne jamais de ces troubles pigmentaires ou vasculaires qui se voient dans les « autres sclérodermies. »

Grisolle, lui aussi (tome II, 8e édition, p. 217), décrit, à côté de l'éléphantiasis des Arabes, dont il le rapproche sans le confondre, un cas d'induration rare de la peau dit sclérème simple. Rasmussen (*Edimbourg medical*) a défendu avec talent l'identité d'origine entre la sclérodermie et l'éléphantiasis, surtout l'éléphantiasis apyrétique.

Involontairement, nous avons pensé à cette sclérodermie œdémateuse, surtout en considérant la malformation congénitale de notre malade, chez laquelle la perte des appendices digitaux paraît s'être effectuée par le même mécanisme que dans le cas d'ainhüm dont notre collègue M. Fraigniaud nous faisait, dans notre dernière séance, une lecture si intéressante, ou encore dans certains cas de sclérodactylie, cette autre forme de la sclérodermie. En parcourant le mémoire de Lannelongue (*Arch. de méd.*, 1882) sur les amputations multiples congénitales, nous voyons que l'auteur, admettant pour un certain nombre de cas l'explication des accoucheurs, à savoir l'action de brides placentaires ou amniotiques enserrant les membres et amenant par striction progressive leur destruction, fait interenir dans d'autres cas un processus identique à la sclérodermie, et compare de plus ces vésions aux lésions de l'ainhüm, cet ainhüm, qui d'abord spécialisé aux nègres a été constaté dans la race blanche, et enfin a été observé à l'état d'ainhüm congénital chez des sujets dont les doigts étaient soudés comme dans la syndactylie de notre malade. En relisant les observations prises sur des adultes et que M. Guyot (no 19 du *Progrès médical*, 1861) rapporte à propos de l'ainhüm, nous avons été frappé des analogies nombreuses de ses descriptions. N'oublions pas cependant que, malgré la coïncidence chez notre malade de ces amputations multiples congénitales, peut-être semblables à l'ainhüm congénital, et de la sclérodermie œdémateuse, comme nous n'avons observé personnellement ni l'ainhüm ni la sclérodermie œdémateuse, nous devons être très réservé pour appliquer ce diagnostic dans le cas qui nous occupe. Nous avouons n'être pas assez téméraire pour émettre, à titre d'explication, l'hypothèse d'une sclérodermie à deux formes successives différentes, sclérodermie des extrémités à la naissance, sclérodermie œdémateuse pour les dix dernières années.

Enfin nous avons pensé à un autre état morbide, au myxœdème ou cachexie pachydermique; nous avons eu personnellement l'occasion d'en voir trois cas : celui de crétinisme avec cachexie pachydermique publié par Bourneville dans le *Progrès médical* du 25 août 1880; celui de la malade (service de M. Charcot) qui a servi à M. Riedel-Saillard à soutenir en 1881 une fort bonne thèse sur ce sujet; le troisième est l'observation que nous-même avons publiée d'un cas de cachexie pachydermique chez un enfant crétin de quatre ans, dans le *Progrès médical* du 4 février 1882; mais nous devons reconnaître que les revues critiques et les observations publiées sur ce malade, et surtout le compte rendu des séances de la Société clinique de Londres (*The Lancet*, 1881-1882) consacrées à ce sujet, contiennent des cas si disparates, que notre malade, rangée dans cette classe, y constituera une variété de plus. Car elle représente un myxœdème non généralisé, à début local, à évolution incomplète; elle s'écarte encore plus du tableau symptomatique par l'absence des troubles musculaires, parésie, lassitude, fatigue, par l'absence des désordres mentaux, et davantage encore par un caractère particulier que nous n'avons retrouvé dans aucune observation, le fait de se trouver bien du froid, de la saison hivernale, et d'être incommodé par la chaleur et la saison d'été.

Certes, pris isolément, chacun des caractères symptomatiques qui manquent chez notre malade (abstraction faite des troubles sous l'influence de la température) a manqué dans les observations publiées; mais, dans ces observations, il manquait un signe, non les deux (troubles musculaires et troubles mentaux à la fois). Il est vrai que les troubles musculaires, en dehors du cas de Hammond (*Saint-Louis Clin. Record*, juillet 1881) où il y avait des désordres ataxiques de l'ordre moteur et sensitif, ont consisté en lassitude, faiblesse, lenteur des mouvements, nonchalance, et pourraient à ce titre être considérés bien plus comme d'ordre mental que d'ordre musculaire proprement dit; et comme l'état mental de notre malade est jusqu'à présent intègre, on comprend qu'ainsi envisagés les troubles musculaires parétiques fassent encore défaut. Et sous ce rapport, les quinze cas observés par le docteur Morvan en Basse-Bretagne et publiés dans la *Gazette hebdomadaire* de 1882, seraient les plus voisins de notre cas; car chez plusieurs les troubles mentaux faisaient défaut; mais, très sensibles au froid, ils offraient des troubles musculaires parétiques analogues à ceux que détermine un semi-engourdissement par abaissement de température. Les autres observations publiées s'é-

loignent encore plus de la nôtre, car c'est en s'appuyant sur la coïncidence entre les troubles mentaux et la production d'un œdème sous-cutané particulier, que leurs auteurs ont édifié des théories pour établir soit l'influence de l'œdème sur les troubles mentaux (Ord, Golt, Charcot), soit des troubles mentaux sur l'œdème (Thaon, Goedhart), soit la subordination des troubles mentaux et de l'œdème à des troubles nerveux supérieurs (Inglis), soit la part productrice du grand sympathique (Hadden), voire même du grand sympathique et de la glande pituitaire (Henrot, Congrès de la Rochelle) sur le développement des phénomènes du myxœdème. M. Henrot a constaté, à l'autopsie d'un myxœdémateux, de l'œdème dans le tissu conjonctif sous-cutané et sous-muqueux; pour notre part, à l'autopsie du jeune sujet dont nous avons publié l'observation clinique, nous pouvons affirmer que nous n'avons trouvé aucune trace d'œdème sous-muqueux ou viscéral dans les organes des cavités thoraciques et abdominales. Ce que ce sujet présentait de particulièrement intéressant était la présence d'un tissu sous-cutané jaunâtre, lardacé, criant sous le scalpel, épais de deux centimètres sur le côté droit du corps, de un centimètre sur le côté gauche.

L'observation de notre malade actuelle s'éloigne également par quelques côtés de la description générale qu'en a faite M. le professeur Charcot dans ses leçons de la Salpêtrière (*Gaz. hôp.*, 25 janvier 1881). Elle n'a pas la peau écailleuse, rugueuse, lamelleuse; le ventre ne tombe pas en poire comme celui des poussahs. Elle n'a pas la teinte pâle, cireuse; elle n'offre rien du côté des muqueuses, du système musculaire, ni de l'état mental; et si c'est une pachydermique, ce n'est pas une cachectique. Mais tous ces symptômes qui manquent pourraient survenir; en tous cas, s'il s'agit de myxœdème, c'est un myxœdème à évolution incomplète et irrégulière.

Certains observateurs anglais, Mohammed entre autres, viennent de produire des faits de myxœdème qu'ils rapportent à un œdème chronique appartenant en propre aux formes chroniques du mal de Bright, et cependant l'urine examinée tous les jours n'a jamais contenu d'albumine. Ces observations introduisent encore une particularité importante dans l'étude du myxœdème, et ce rapide exposé vous permet de voir que diverses variétés sont actuellement englobées sous cette expression de myxœdème.

Je vous ai parlé de l'opinion de Rasmussen sur l'identité de la sclérodermie et de l'éléphantiasis. Virchow avait déjà soutenu cette opinion. Le professeur Grasset, de Montpellier, a soutenu que la sclérodermie œdémateuse était le trait d'union entre la sclérodermie et l'éléphantiasis. M. Rabère (*Journal de médecine de Bordeaux*, 15 mai 1880), dans un article intitulé: *Myxœdème et Sclérodermie*, donne à un certain nombre d'états morbides le nom de adermatrophie, et distingue alors la forme scléreuse (sclérodermie et trophonévrose faciale), la forme asphyxique (asphyxie locale et sclérodactylie), la forme mucoïde (myxœdème), etc., etc. Hadden (*Archives de neurologie*, p. 248, 1883) admet le rapport entre le myxœdème et la sclérodermie.

Si je me suis permis, messieurs, de vous exposer les variétés des observations, la multiplicité des théories émises à leur occasion, et la diversité des vues nosologiques dans ces questions d'épaississement du tégument, c'est pour m'excuser de n'avoir pas cherché à faire rentrer ma malade dans un des cadres qui précèdent, et parce que j'ai puisé dans mes lectures à ce sujet la conviction qu'actuellement le moment est bien plus de produire des observations exactes à ce sujet que de se livrer à des théories ou à des classifications trop prématurées pour pouvoir devenir de quelque utilité.

BIBLIOTHÈQUE

Contribution a l'étude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow, par M. le docteur Marie. Paris, 1883; Delahaye et Lecrosnier.

A côté de symptômes bien connus et souvent décrits, exophthalmie, goître, etc., etc., la maladie de Basedow peut se manifester par d'autres signes plus obscurs et dont l'existence mettra sur la voie du diagnostic dans les formes frustes de cette affection. Tel est surtout le tremblement, symptôme assez constant, au témoignage de M. Marie et dont il a pu signaler la présence dans trente-trois observations empruntées à MM. Charcot, Trousseau, Morel Makenzie, Féréol, Bucquoy, Delasiauve, Panas, N. Raynaud, Chvoslek, Ieimer, Rey, James Russel, Douglas et Nothnagel.

Ce tremblement a été étudié par M. Marie, par les procédés de la méthode graphique. Variable en intensité, il consiste dans une trémulation générale quand le malade est debout, et dans des mouvements fébrillaires des muscles quand on pratique la palpation des membres, différant ainsi des tremblements de la sénilité, de la paralysie générale, de

la sclérose en plaques et de l'alcoolisme. A l'appui de cette distinction, l'auteur produit des tracés graphiques pleins d'intérêt.

En dehors des signes classiques, ce symptôme n'est pas la seule manifestation de la forme fruste de la maladie de Basedow. Parfois, on observe de l'œdème, de l'angine de poitrine, de la diarrhée, des vomissements, de la boulimie, de la fréquence des respirations, de la toux et des phénomènes morbides cutanés (sueurs, urticaire, taches pigmentaires), tous accidents qui, par leur généralisation et leur multiplicité, conduisent M. Marie à établir, comme l'avait fait Moreau (de Tours), un lien de parenté entre cette affection et les névropathies.

Cette conclusion pathogénique soulèvera des objections; mais, peu importe, car au point de vue pratique, si elle était vérifiée, on serait en droit de discuter l'hypothèse de cette affection chez un malade présentant de la tachycardie permanente et des tremblements sans élévation thermique, même en l'absence des signes classiques du goître exophthalmique. Cette hypothèse serait d'ailleurs confirmée par les autres manifestations cutanées ou gastro-intestinales. Enfin, autre conclusion, la maladie de Basedow classique, avec goître et exophthalmie, n'est pas très rare, mais ses formes frustes sont beaucoup plus fréquentes.

Ce mémoire a été inspiré par M. le professeur Charcot, qui dès 1856, avait eu l'occasion d'observer ce tremblement. Il est donc équitable de rapporter l'honneur de ce travail, au maître éminent autant qu'à son élève distingué. — L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 juin 1883. — Présidence de M. Reliquet.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend les journaux périodiques de la quinzaine : le *Progrès médical*, le *Concours médical*, la *Gazette médicale de Picardie*, la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, le *Journal des sages-femmes*, les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, le *Journal d'hygiène*, le *Journal de médecine de l'Ouest*, tome XVII, 1er trimestre de 1883, les *Annales médicales roumaines*.

La correspondance manuscrite se compose de :

1° Une lettre du président de l'Association française pour l'avancement des sciences qui annonce que l'Association tiendra sa douzième session, à Rouen, du 16 au 23 août, manifestant le désir de voir la Société de médecine représentée au Congrès de Rouen et mettant à la disposition de M. le Président une carte pour l'admission aux séances;

2° Une lettre de M. Forget, membre titulaire, qui demande à être nommé membre honoraire. Une commission composée de MM. Duroziez, Gillebert Dhercourt père et Collineau, rapporteur, est chargée de l'examen de cette demande.

M. le Président annonce à la Société que M. Guiter, membre correspondant de Cannes, assiste à la séance.

M. Charpentier lit une communication sur un cas de pachydermie symétrique des membres inférieurs, et présente la malade qui en est l'objet. (Voir plus haut.)

M. de Beauvais demande à M. Charpentier s'il existe un dessin représentant la malade. Il pense que cette observation extrêmement intéressante gagnerait beaucoup à être accompagnée d'une planche, et que la Société aurait intérêt à la faire faire.

M. Charpentier répond qu'il y a bien songé, mais qu'il a tenu d'abord à présenter son sujet de crainte qu'il lui échappât. Il espère pouvoir la faire photographier à la Salpêtrière.

La Société, consultée, approuve à l'unanimité la proposition de M. de Beauvais.

—

M. Abadie fait une communication intitulée : *Considérations cliniques et thérapeutiques sur la scrofule et la syphilis héréditaires.* (Sera publiée.)

DISCUSSION

M. de Beauvais demande à M. Abadie si, dans le traitement des manifestations syphi-

litiques dont il vient de parler, il donne la préférence aux injections de peptonates de mercure.

M. Abadie : Je donne volontiers la préférence aux injections; mais il arrive quelquefois qu'elles sont supportées difficilement. Dans ce cas-là, je donne le sublimé à l'intérieur.

M. de Beauvais : N'avez-vous jamais eu d'accidents dans l'administration des injections de peptonates.

M. Abadie : Je n'ai jamais eu d'accidents en injectant avec soin, comme le recommande M. Martineau, dans le tissu cellulaire sous-cutané du dos. Je crois que vouloir soigner toutes les manifestations syphilitiques par les injections de peptonates n'est pas une bonne chose, mais, dans les cas où le traitement par l'iodure de potassium et le proto-iodure est demeuré impuissant, c'est un moyen auquel on ne doit pas négliger d'avoir recours.

M. Dubuc : J'étais interne de Bazin à l'hôpital Saint-Louis, il y a vingt ans; je puis donner l'assurance à notre collègue qu'on savait alors parfaitement reconnaître les manifestations tardives de la syphilis, qu'elles eussent pour siège la peau ou un autre organe, et cela depuis un temps fort long.

En ce qui concerne les syphilides tardives ulcéreuses ou non, on savait aussi que c'est le traitement mixte par le mercure et l'iodure de potassium qui leur convient, et si la formule de Gibert, qui contient une heureuse association de ces deux médicaments, était fréquemment employée, on était loin de s'y tenir d'une manière exclusive et, suivant les besoins, on savait prescrire isolément le mercure et l'iodure de potassium ; en fait de mercure, aucune préparation ayant fait ses preuves n'était exclue, le sublimé moins que toute autre.

En somme, on traitait les manifestations tardives syphilitiques comme on le fait maintenant, sauf que les injections sous-cutanées n'étaient pas encore en usage, et j'ajoute qu'on les faisait disparaître avec la même rapidité qu'aujourd'hui. Il est juste de reconnaître que les syphilides tardives ont une tendance marquée à récidiver, ce qui tient sans doute à ce que les malades renoncent trop vite au traitement, et d'autre part à ce que la syphilis a depuis plus longtemps élu domicile dans l'organisme.

En ce qui concerne les *manifestations tardives de la syphilis héréditaire*, on se préoccupait aussi d'en faire le diagnostic d'avec la scrofule, et lorsqu'on était en présence d'un jeune sujet présentant des lésions pouvant être rattachées à l'une ou à l'autre diathèse, on pesait le pour et le contre avant d'instituer le traitement dans telle ou telle direction. A l'appui de ce que j'avance, je puis citer le cas d'une jeune fille que j'ai observée non plus à l'hôpital Saint-Louis, mais à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de mon ancien maître, M. Bouchut; cette jeune fille, âgée de 14 ans, présentait une destruction étendue de la voûte palatine, du voile du palais, de l'amygdale gauche. M. Bouchut était hésitant entre la syphilis et la scrofule; il fit appel à la grande expérience de M. Ricord, et celui-ci, dans une leçon magistrale que j'ai reproduite dans la *Gazette des hôpitaux* (numéro du 10 juillet 1862) conclut à nne *manifestation tardive de la syphilis héréditaire;* un traitement fut institué dans ce sens; la malade guérit avec une rapidité surprenante, non pas des pertes de substance qui étaient irrémédiables, mais du travail ulcératif qui continuait à faire des progrès inquiétants.

Si je fais les réserves qui précèdent, ce n'est pas pour diminuer l'importance de la communication de M. Abadie, qui me semble au contraire mériter une grande attention, mais c'est pour établir qu'on s'était occupé depuis plus longtemps qu'il ne semble l'admettre des manifestations tardives de la syphilis acquise et de la syphilis héréditaire, ainsi que du traitement qui leur convient.

M. Antonin Martin : Je voudrais demander à M. Abadie de nous communiquer la formule anglaise dont il s'est servi.

M. Abadie : La formule que j'emploie est celle-ci :

Sublimé corrosif.	0,05 centigrammes.
Iodure de potassium.	6 grammes.
Véhicule	200 —

Quatre cuillerées à bouche par jour tous les quatre jours.

Je répondrai à M. Dubuc que je ne prétends pas dire que les études des syphilides de la nature de celles que j'ai observées dans les cas que je viens de citer datent d'hier; seulement je veux établir que, dans ces syphilides tardives, les médicaments ordinaires

n'ont aucun succès. Dans ces cas, les injections de peptonates ou l'administration du sublimé à l'intérieur donnent des résultats.

—

Le dépouillement du scrutin ouvert pour la nomination de M. Blondeau, comme membre honoraire, donne les résultats suivants : 20 votants, 19 oui, 1 bulletin blanc.

M. Blondeau est élu membre honoraire.

—

M. Polaillon montre à la Société un moule en plâtre représentant une *malformation congénitale du gros orteil*, et donne les détails suivants sur cette malformation et sur l'opération qu'il a dû faire :

Le nommé R... (Emile), âgé de 20 ans, portait, sur le bord interne du pied gauche, un gros orteil difforme et articulé perpendiculairement à la direction du premier métatarsien. Cet os, qui est un peu plus volumineux que celui du côté opposé, se terminait en avant par une extrémité arrondie, comme s'il y avait eu une désarticulation du gros orteil. Le gros orteil, au lieu de continuer la direction du métatarsien, s'implantait à angle droit sur la face interne de la tête articulaire. Il avait une configuration anormale : sa première phalange étant implantée perpendiculairement au métatarsien, sa deuxième phalange s'articulait à angle droit avec la première et se dirigeait d'avant en arrière parallèlement au premier métatarsien.

On pourrait croire que cette disposition a été produite peu à peu, depuis l'enfance, par des chaussures mal faites qui auraient déjeté l'orteil en dehors et auraient en même temps infléchi sa dernière phalange en arrière. Mais il n'en est rien, cer la malformation existait depuis la naissance. En outre, sur la face postérieure de l'orteil anormal et séparé de lui par une dépression cutanée, on trouvait un autre orteil surnuméraire petit et atrophié.

Ces deux orteils, soudés l'un à l'autre, jouissaient de mouvements de flexion du côté de la face plantaire et de mouvements d'extension qui les redressaient sur le bord interne du pied. La peau qui les recouvrait possédait la sensibilité commune.

Ils constituaient une difformité extrêmement gênante pour la marche. Cette gêne avait augmenté avec l'âge. Dans ces derniers temps, une marche un peu prolongée devenait impossible et occasionnait des douleurs dans le pied et dans la jambe.

Le pied droit est bien conformé, ainsi que les quatre derniers orteils du pied gauche. Les parents d'Emile R... ne présentent aucune malformation. Notons, sans y attacher de l'importance, qu'il attribue sa malformation à ce que sa mère, étant enceinte de lui, a été serrée entre une voiture et la devanture d'un magesin.

L'opération, faite le 12 mai 1883, a été des plus simples. Une incision dorsale et une incision plantaire circonscrivent les orteils à enlever. La désarticulation se fait ensuite avec une grande facilité en laissant les os sésamoïdes. Sutures métalliques. Drain.

Le 22 mai, la réunion est complète et le malade commence à se lever.

Examen des orteils enlevés. — La peau qui les recouvre est épaisse, calleuse. Un ongle bien formé existe sur la face dorsale. Le panicule graisseux de la face plantaire est abondant.

Le gros orteil est pourvu de deux tendons, un extenseur et un fléchisseur. Ceux-ci présentent, tous les deux, le même trajet et la même disposition ; arrivés à l'extrémité antérieure du premier métatarsien, ils s'infléchissent en dehors, s'attachent par une expansion à l'extrémité antérieure de la première phalange, puis se coudent une seconde fois pour aller s'attacher à la deuxième phalange. Ils agissent sur les phalanges à la manière d'un fil de sonnette.

L'articulation métatarso-phalangienne a la disposition normale ; elle est seulement située sur le côté de la tête métatarsienne. L'articulation phalangienne est déformée.

L'orteil surnuméraire est représenté par une phalange aplatie, de forme triangulaire, longue de 2 centimètres, dont la base est réunie par du tissu fibreux à la seconde phalange du gros orteil, et dont l'extrémité porte l'insertion d'un tendon qui représente un muscle extenseur.

Arrachement de la dernière phalange de l'index avec tout le tendon fléchisseur profond.

M. Polaillon présente encore une pièce anatomique produite par une blessure assez rare des doigts. Il s'agit d'un arrachement de l'extrémité de l'index avec tout le tendon fléchisseur. Voici dans quelles circonstances cette blessure a eu lieu :

Un homme fort et bien portant posa par mégarde sa main gauche sur un cylindre mû par la vapeur. L'extrémité de son index pénétra dans un trou de cylindre où l'on

avait l'habitude de visser des instruments. Sentant que sa main était entraînée par la rotation du cylindre, notre homme la retira vivement. Dans ce mouvement, la dernière phalange de l'index fut arrachée au niveau de l'articulation phalangino-phalangettienne. L'insertion du tendon fléchisseur profond étant restée intacte, ce tendon suivit la phalangette et fut arraché dans toute sa longueur. La douleur de cette blessure ne fut pas considérable. La plaie qui en résulta se guérit rapidement en quelques jours.

On peut voir sur la pièce, qui est mise sous les yeux de la Société, que la solution de continuité a eu lieu au niveau de l'insertion des fibres musculaires sur le tissu même du tendon.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr FAUQUEZ.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 28 mars 1883. — Présidence de M. FINOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de remerciements adressée par M. Nicolas, nommé membre titulaire dans la précédente séance, et une lettre de candidature adressée par M. Graux, qui envoie à l'appui sa thèse de doctorat intitulée : *De la paralysie du moteur oculaire externe, avec déviation conjuguée des yeux.*

La correspondance imprimée comprend les *Bulletins et Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg* pour l'année 1881, le *Bulletin médical du Nord*, la *Revue médicale de Toulouse*, et plusieurs numéros de la *Revue médicale française et étrangère*.

—

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société la perte qu'elle vient de faire dans la personne d'un de ses membres les plus anciens, le docteur Trèves, et donne lecture du discours qu'il a prononcé sur sa tombe au nom de ses collègues. Ce discours, où se trouve retracée en termes émus la vie si laborieuse et si honorable de M. Trèves, est accueilli par des marques unanimes d'approbation.

M. DEHENNE, trésorier, présente son rapport annuel sur les finances de la Société; après examen de MM. Ameuille et Collineau, les comptes sont approuvés.

—

M. CYR donne lecture d'un rapport favorable sur la candidature de M. Deniau.

M. TRIPET donne lecture d'un rapport favorable sur la candidature de M. Chauveau.

A la suite du scrutin ouvert sur ces deux candidatures, MM. Deniau et Chauveau sont admis comme membres titulaires de la Société.

—

M. CYR donne lecture d'un mémoire sur les rapports des coliques hépatiques avec la grossesse et l'accouchement. (Voir l'*Union Médicale* des 24 et 29 avril.)

M. HUCHARD rappelle que, dans le travail qu'il a publié sur le même sujet un an auparavant, et auquel M. Cyr a d'ailleurs fait allusion dans son mémoire, il a expliqué la production des coliques hépatiques après l'accouchement par la déplétion de l'abdomen, qui rend plus faciles l'engagement et le cheminement des calculs. Il signale en passant deux faits sur lesquels on n'a peut-être pas assez insisté, savoir la rareté relative de l'ictère dans les coliques hépatiques, et le ralentissement du pouls pour servir à distinguer la colique hépatique *post partum* de la péritonite puerpérale, distinction qui peut n'être pas toujours aisée, car il a vu un accoucheur des plus distingués croire à une péritonite alors qu'on n'avait affaire qu'à une colique hépatique.

M. E. MICHEL demande à M. Cyr s'il n'a pas observé la relation fréquente des coliques hépatiques avec les règles. Il connaît une dame qui a eu plusieurs enfants, et qui à chaque retour des couches a été prise de coliques hépatiques.

M. CYR dit qu'il est, en effet, très fréquent de voir les coliques hépatiques survenir au moment des époques. Parmi toutes les circonstances qui lui ont paru favoriser la production de ces crises, la période cataméniale est une des moins contestables.

—

M. PAULIN communique un cas de redressement des dents de la mâchoire supérieure chez un homme de 50 ans, avec présentation de deux moulages.

Messieurs, l'observation que je viens vous présenter est celle d'un homme de 55 ans, qui, souffrant depuis plusieurs années d'une dyspepsie due à un défaut de mastication, en a été guéri par le rétablissement de ses dents déviées dans leur position normale.

Ses mâchoires (dont j'ai apporté un moulage) se prêtaient aussi mal que possible au broyage des aliments ; il avait un prognatisme très accusé du maxillaire inférieur, vulgairement connu sous le nom de *menton de galoche*, et la perte de ses molaires accentuait de jour en jour cette déformation dans les efforts que faisaient ses deux mâchoires pour se rencontrer.

Le 4 janvier dernier ce monsieur me demanda si, malgré ses cinquante ans, je pensais qu'un redressement de ses dents du haut pût se faire, alors qu'on avait jugé ce travail impossible 28 ans auparavant à cause de son âge.

Devant la bonne volonté du patient, j'entrepris cette opération dont je fus assez heureux pour constater le succès après trois mois de traitement.

Voici quel fut mon résultat : les six dents de devant de la mâchoire supérieure qui étaient en arrière de l'arcade dentaire inférieure sont en avant et opposent à l'extrémité des dents du bas leur talon ou le plan incliné de leur face postérieure. Elles peuvent maintenant couper et broyer les aliments, ce qui leur était impossible auparavant.

Depuis, les douleurs de l'estomac ont disparu et, l'aspect de la face a été absolument modifié : ce monsieur a retrouvé la distance qui existait autrefois entre son nez et son menton à l'époque où il avait des molaires.

Voici, en quelques mots, le mode d'opération que j'ai suivi : j'ai placé à la mâchoire supérieure un appareil prothétique en ivoire d'hippopotame, de la forme représentée ici en cire, se moulant exactement sur le palais et sur la face postérieure des dents que je voulais chasser en avant. Cet appareil correspondait avec les dents du bas, de façon à former une meule qui permît la mastication. Il était assez épais pour empêcher les dents de se croiser et permettre aux dents que je redressais d'être poussées en avant sans rencontrer celles du bas.

Alors, en plaçant de petites tiges de buis d'un tiers de millimètre environ dans des trous pratiqués derrière les dents à déplacer, tout le poids de la mastication portait sur elles et le déplaçait graduellement de toute la longueur de la cale. Cette cale ayant agi était remplacée au bout de quelques jours par une plus longue, jusqu'à ce que la dent fût à sa place.

Les dents ont été ainsi avancées d'un 1/2 centimètre environ. (Le second moulage a été pris quelque temps après que l'appareil a été retiré.)

Le cas dont je viens de vous entretenir vient à l'appui d'autres faits, peu nombreux, qui établissent que les dents peuvent aisément se redresser chez les adultes et que l'on peut sans danger remédier, même à 50 ans, au défaut d'implantation des dents, quand cette implantation les rend impropres au broyage des aliments ou qu'elle déforme le visage.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire des séances, Tripet.

JOURNAL DES JOURNAUX

D'un nouvel alcaloïde du cannabis indica, par Mathieu Hay, professeur agrégé de matière médicale à l'Université d'Edimbourg. — Le docteur Mathieu Hay vient de réussir à isoler du chanvre indien un alcaloïde qu'il a abtenu à l'état de pureté absolue. Cet alcaloïde se présente sous la forme d'aiguilles cristallines incolores. Il est très soluble dans l'eau, dans l'alcool, et un peu plus lentement dans l'éther et le chloroforme. Cet alcaloïde, fort remarquable, possède une action analogue à celle de la strychnine. C'est donc un alcaloïde véritablement secondaire du cannabis, et qui est au chanvre indien ce que la thébaïne est à l'opium.

Injecté sous la peau d'une grenouille, il détermine des convulsions tétaniques absolument comme la strychnine, en augmentant l'excitabilité réflexe des centres spinaux; mais il ne donne de coloration violette ni avec avec l'acide sulfurique ni avec le bichromate de potasse. Il se rapproche donc de la strychnine par son action physiologique et s'en éloigne chimiquement.

D'ailleurs, il est précipité de sa solution aqueuse par les précipitants alcalins ordinaires des autres alcaloïdes : chlorure de platine, iodure de potassium et iodure de mercure, phospho-tungstate de soude, acide phospho-molybdique, acide phospho-wolframique, etc.

La petite quantité jusqu'ici obtenue de ce nouvel alcaloïde n'a pas encore permis d'en faire l'anayse élémentaire.

Pour rappeler à la fois son action physiologique et son origine, le docteur Mathieu Hay propose de le nommer *tétano-cannabine.* (*A new Alkaloid in cannabis indica*, by Mathieu Hay, *American Journal of pharmacie,* july, vol. 55, n° 7, A° 1883.) — L. Dn.

Une nouvelle préparation d'ergotine, par Conrad. — Conrad vient de préparer des cylindres médicamenteux d'ergotine très portatifs. Ils se composent d'une mixtion d'ergotine aussi pure que possible et de gélatine, le tout fondu et refroidi en petits pains dont chacun représente environ 20 centigrammes d'ergotine. Ces cylindres médicamenteux se conservent dans la trousse, et lorsque le moment de s'en servir est venu, on n'a qu'à verser la quantité voulue d'eau dans le tube ou l'éprouvette qui renferme le cylindre médicamenteux. La simple chaleur d'une allumette suffit pour en déterminer la fusion, et on obtient ainsi une solution dosée et portée en même temps à la température du corps. Dans la majorité des cas, cette injection n'a pas produit d'abcès et a été suivie promptement de l'effet thérapeutique désiré. (*Wien. Med. Blätt und New-Remedies,* june 1883.) — L. Dn.

COURRIER

Le décret suivant sera accueilli comme un hommage mérité, rendu à la mémoire d'une des illustrations chirurgicales contemporaines du corps de santé militaire français et de l'armée d'Afrique.

Le Président de la République française.

Vu l'ordonnance du 10 juillet 1816;

Vu le décret du 26 août 1881, sur l'organisation administrative de l'Algérie;

Vu la demande formée par l'Académie militaire d'Alger, en vue d'obtenir que le nom du docteur Baudens, ancien chirurgien en chef des ambulances de l'armée d'Afrique, ancien médecin-inspecteur de l'armée, soit donné à une des localités nouvellement créées en Algérie;

Vu les propositions du Gouverneur général de l'Algérie:

Sur le rapport du Ministre de l'intérieur,

Décrète :

Article premier. — Le centre de population européenne d'El-Keçar (commune mixte de Mékerra, arrondissement de Sidi-bel-Abbès, département d'Oran), portera à l'avenir le nom de « Baudens ».

Art. 2. — Le Ministre de l'intérieur est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 26 juillet 1883.

Jules Grévy.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'intérieur, Waldeck-Rousseau.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Léon Marie, décédé à Paris le 22 août 1883, à l'âge de 79 ans.

— Il est curieux de connaître la consommation de vin et de spiritueux que font les hôpitaux de Paris.

Le mardi 11 septembre, on a procédé à l'adjudication de 1,245,000 litres de vin pour le service de la cave centrale des hôpitaux, pendant six mois, à partir du 1er octobre 1883.

Les vins à fournir sont de plusieurs sortes : il y a 110,000 litres de vin de Roussillon; 110,000 de vin de Lapalme, 110,000 de vin de Lot-et-Garonne, 220,000 de vin du Gers, 220,000 de vin de l'Hérault, 110,000 de vin de Mirepeisset, 110,000 de vin du Minervois, 60,000 de vin de Bordeaux de 1881, 70,000 de vin de Banyuls, 10,000 de vin de Bordeaux blanc de 1879, 2,500 litres de vin d'Espagne blanc, 2,500 litres de vin de Picpoul blanc.

Les spiritueux à fournir pour le quatrième trimestre 1883 se composent de 20,000 litres d'alcool du Nord, 10,000 litres de rhum, 3,000 litres d'eau-de-vie.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

De la symphyse cardiaque. — Des insuffisances valvulaires qui peuvent en résulter.

Par G. HAYEM, professeur à la Faculté de médecine,
et A. GILBERT, interne des hôpitaux.

Suite et fin. — Voir le numéro du 27 septembre.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de la cavité thoracique, on trouve le feuillet externe du péricarde adhérent à la paroi thoracique antérieure sur un espace très limité; l'adhérence est nulle, en effet, au niveau du sternum, nulle également au niveau des côtes droites, mais très intime au niveau des deuxième, troisième et quatrième côtes gauches, ainsi que des espaces intercostaux correspondants. En bas, latéralement et en arrière, le péricarde a conservé avec le centre phrénique, les plèvres et les organes du médiastin postérieur, ses rapports normaux. Le péricarde n'a donc contracté par sa face externe des adhérences anormales qu'en un seul point, et ce point correspond aux deuxième, troisième et quatrième côtes gauches, ainsi qu'aux deuxième et troisième espaces.

Les deux feuillets du péricarde sont soudés assez intimement entre eux par l'interposition d'une membrane assez épaisse, devenue celluleuse et très vasculaire. On peut déchirer cette adhérence celluleuse en beaucoup de points; dans d'autres, il faut se servir des ciseaux pour séparer les feuillets soudés. Le poids du cœur vide de sang et revêtu des deux feuillets du péricarde, est de 1 kilogr. 410 gr.

Mis à découvert et isolé du péricarde, le cœur offre un volume considérable. L'hypertrophie porte surtout sur les cavités gauches, et en particulier sur le ventricule. De l'origine de l'aorte à la pointe des ventricules, la longueur du cœur est de 21 centimètres. La circonférence extérieure prise dans le sillon auriculo-ventriculaire mesure 40 centimètres. Son poids est de 975 grammes.

A l'ouverture du cœur, nous trouvons les parois, les cavités et les orifices dans l'état suivant :

1° *Orifices :* L'orifice aortique a 12 centimètres de circonférence. Les valvules sigmoïdes, allongées et pendantes, sont bien insuffisantes à le fermer; elles sont souples, lisses, n'offrent ni plaques scléreuses ni plaques scléro-athéromateuses, et ne présentent aucune trace d'inflammation chronique; sur leur bord libre, on remarque un léger bourrelet arrondi; ce bourrelet existe au niveau du bord libre de chacune des trois valvules sigmoïdes, et dans toute la continuité de celui-ci, il offre la même épaisseur et la même consistance élastique. Il est bien évident que ce bourrelet n'est point le résultat d'une endocardite, et qu'il est l'effet des chocs successifs de l'ondée sanguine, qui à chaque diastole rentrait dans le ventricule par l'orifice aortique béant; il est clair, en un mot, que cet aplatissement et cet enroulement des éléments du bord libre des valvules ne sont pas la cause, mais l'effet de l'insuffisance. L'orifice mitral a 12 centim. 5 millim. de circonférence. Les deux valves sont insuffisantes; elles n'offrent pas la moindre altération; les cordages tendineux qui s'y insèrent sont souples et sains. L'orifice pulmonaire a 7 centim. 5 millim. de circonférence; les sigmoïdes de cet orifice sont saines et suffisantes. L'orifice tricuspide a 12 centim. 5 millim. de circonférence; les valves qui s'y attachent sont également saines et suffisantes.

2° *Cavités:* Le ventricule gauche offre une capacité énorme; l'infundibulum aortique principalement présente un développement considérable. La cavité du ventricule droit est effacée par la saillie de la cloison interventriculaire. Les deux oreillettes sont légèrement dilatées.

3° *Parois:* La paroi du ventricule gauche a de 2 à 3 centimètres d'épaisseur; la paroi acquiert sa plus grande épaisseur (3 centim.) au niveau de l'infundibulum aortique. La paroi du ventricule droit mesure de 0 centim. 6 millim. à 0 centim. 8 millim. Les parois des oreillettes sont légèrement épaissies.

Autres organes. Aorte : La dilatation maximum de l'aorte est à son origine; à partir de ce point elle va en diminuant rapidement, si bien qu'au niveau de la naissance du

tronc brachio-céphalique, l'aorte a recouvré son calibre normal; pas trace d'inflammation. Poumons congestionnés aux bords postérieurs. Plèvres: quelques traces d'adhérences anciennes à gauche et en arrière. Foie muscade, 1,700 grammes. Rate, 180 grammes. Reins congestionnés. Cerveau sain.

Examen microscopique: Il a porté sur deux points: sur les parois cardiaques et sur les valvules sigmoïdes de l'aorte.

L'examen des parois cardiaques a démontré l'existence d'altérations des fibres musculaires, du tissu conjonctif et des vaisseaux.

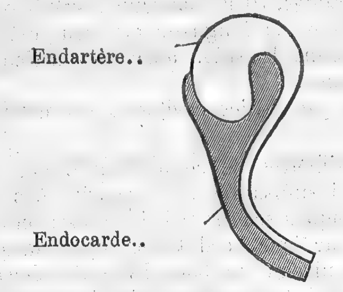
Les fibres musculaires du ventricule droit et des oreillettes, aussi bien que celles du ventricule gauche, sont hypertrophiées. Cette hypertrophie n'offre aucune régularité : au milieu de fibres offrant le diamètre normal, on en trouve un grand nombre, semées au hasard, dont le diamètre atteint 22, 24 et 26 μ; bon nombre atteignent 30 μ; enfin, quelques-unes ont le diamètre énorme de 40 et même de 42 μ.

Le tissu conjonctif est très notablement hyperplasié; il est disposé sous forme de travées épaisses qui, parties de la face profonde du péricarde, pénètrent dans le myocarde perpendiculairement, en suivant pour la plupart le trajet des vaisseaux. Dans l'intérieur du myocarde, ces bandes de sclérose se divisent et se subdivisent comme les vaisseaux qu'elles accompagnent, qu'elles unissent et qu'elles enlacent. Sur de nombreux points, elles émettent latéralement comme un chevelu de tractus conjonctifs qui, se ramifiant eux-mêmes, pénètrent entre les fibres musculaires, les séparent l'une de l'autre, les isolent, les étouffent et les atrophient, de telle sorte qu'à côté de nombreuses fibres dont le diamètre est augmenté, il en est quelques-unes dont le diamètre est diminué.

Les artérioles offrent des parois épaissies.

L'examen histologique des sigmoïdes de l'aorte a confirmé pleinement les résultats de l'examen macroscopique.

Sur une coupe faite perpendiculairement au bord libre d'une des valvules sygmoïdes de l'aorte, colorée soit au picrocarminate, soit à l'éosine hématoxylique, et examinée à un fort grossissement, l'on peut s'assurer de l'absence complète de toute lésion inflammatoire ou dégénérative. A un faible grossissement (oculaire 1, objectif 0 de Nachet) on voit facilement, ainsi que le montre la figure schématique ci-jointe, que toute l'al-



tération consiste en une sorte d'enroulement du bord libre renflé de la lame endartérielle de la valvule, sur le bord libre creusé en cupule de la lame endocardiaque; ainsi que nous le disions, par conséquent, la modification subie par le bord libre des sygmoïdes de l'aorte est de nature purement mécanique, et doit être attribuée aux chocs vigoureux et répétés de l'ondée sanguine refluant à chaque diastole à travers l'orifice aortique dilaté.

Il est facile d'établir la filiation des accidents qui ont amené progressivement à la mort le malade dont nous venons de rapporter l'histoire.

L'origine en est certainement dans une péricardite survenue en 1879 au cours d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Cette péricardite s'étant terminée par symphyse, a fait naître une hypertrophie du cœur destinée à rétablir l'équilibre rompu. Mais bientôt les fausses membranes péricardiaques devenant plus serrées, et la sclérose du myocarde aidant, l'obstacle à la systole a grandi, l'hypertrophie du cœur a cessé d'être compensatrice, et la dilatation a commencé. Celle-ci s'est propagée à l'orifice aortique d'abord, et plus tard à l'orifice mitral dont les valvules sont devenues insuffisantes. Obligé alors de lutter contre la gêne extérieure causée par la soudure péricardiaque, contre la gêne interne due à une

double insuffisance, et même contre sa propre sclérose, le cœur a été s'hypertrophiant chaque jour jusqu'à la syncope mortelle. Si nulle affection cardiaque n'apporte à la circulation une entrave plus considérable que ces symphyses compliquées d'insuffisances, nulle autre ne paraît trouver un myocarde plus capable de lutter d'une manière désespérée (1). Aussi, dans le cas que nous rapportons, voit-on la fibre cardiaque atteindre le diamètre inusité de 40 et même de 42 μ (2), et le cœur parvenir au poids énorme de 975 grammes (3).

Les insuffisances valvulaires de cause péricardiaque peuvent occuper l'orifice mitral seul, comme dans les cas de M. Marvaud et de M. Mérunowicz, l'orifice aortique seul, comme chez le malade de Schutzenberger, ou bien à la fois les orifices aortique et mitral, ainsi que le montrent les observations de M. Jaccoud, de M. Laveran, et la nôtre. Ces diverses variétés d'insuffisance résultent sans doute dans tous les cas de l'extension aux orifices de la dilatation du cœur gauche. Or, si l'on comprend parfaitement qu'un obstacle commun à la systole du cœur droit et du cœur gauche puisse amener la dilatation du premier, en laissant intact le second, l'on avouera qu'il est difficile de concevoir que le contraire puisse avoir lieu. C'est cependant ce qu'ont constaté sans chercher à l'expliquer les différents auteurs dont nous avons cité les noms.

Il nous a paru que, dans le cas que nous relatons, cette anomalie apparente était susceptible d'une interprétation précise. Ainsi que nous l'avons dit, en effet, le péricarde ne présentait pas seulement une soudure de ses deux feuillets, il adhérait en outre, par sa face externe, à la paroi thoracique, en un point limité aux deuxième, troisième et quatrième côtes gauches et aux espaces correspondants. Ces adhérences anormales, qui n'apportaient au fonctionnement du cœur droit aucune entrave, devaient au contraire singulièrement gêner le jeu régulier du cœur gauche. En réalité, par conséquent, la gêne déterminée par la symphyse cardiaque était fort inégalement répartie : d'un côté, elle était minime et impuissante à entraîner la dilatation du cœur droit, de l'autre elle était considérable et capable de vaincre la résistance du cœur gauche.

La localisation des adhérences du péricarde à la paroi thoracique nous rend également compte du siège particulier de la dépression systolique chez le malade que nous avons observé. Celle-ci, en effet, n'occupait pas les points habituellement signalés dans la symphyse cardiaque ; elle ne se produisait ni à la pointe, ni à l'épigastre au-dessous des fausses côtes gauches, ainsi que Heim, Kreysig et Sander en ont rapporté des exemples, mais seulement au niveau de la partie la plus interne des deuxième et troisième espaces intercostaux gauches, c'est-à-dire dans les seuls points où il existait des adhérences entre le péricarde et la paroi thoracique.

(1) La vitalité du myocarde dans les cas de symphyse cardiaque compliquée d'insuffisance valvulaire par dilatation est due sans doute à la jeunesse des sujets atteints habituellement : le malade de M. Jaccoud avait 22 ans, celui de M. Marvaud 19 ans, celui de M. Laveran 22 ans, le nôtre 18 ans, etc.

(2) M. Letulle (thèse, 1879, *Hypertrophie cardiaque secondaire*) considère le chiffre de 32 μ comme exceptionnel.

(3) Dans le cas de M. Marvaud, le cœur pesait 900 grammes et dans celui de M. Laveran 1 kilogramme.

GYNÉCOLOGIE

MÉMOIRE
sur le
TRAITEMENT DE L'ENGORGEMENT DU COL UTÉRIN PAR LES CAUTÉRISATIONS AVEC LE CAUSTIQUE FILHOS (1),
(CAUSTIQUE DE VIENNE SOLIDIFIÉ)

Par le docteur G. RICHELOT père,
Médecin inspecteur de l'établissement thermal du Mont-Dore.

VIII. — CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES.

Les cautérisations avec le caustique Filhos exercent sur la menstruation une influence qui est généralement favorable. J'ai signalé à plusieurs reprises dans mes observations des règles plus naturelles et moins douloureuses. Cela n'a rien d'étonnant puisque l'organe utérin se dégorge et prend une organisation plus normale; et d'un autre côté, la menstruation meilleure doit être considérée comme un excellent indice de la guérison.

Il y a un fait qu'il importe de noter, et de ne pas oublier. Dans beaucoup de cas, après la guérison complète, lorsque le museau de tanche est entièrement naturel et que les symptômes généraux se sont dissipés, il reste une douleur locale plus ou moins vive, une véritable névralgie, car elle n'est liée à aucune lésion anatomique, qui fait croire à la malade qu'elle n'est pas guérie. Cette névralgie peut céder par le repos, par une hygiène bien dirigée, par le séjour à la campagne. Quelquefois elle exige un traitement général et local approprié. En tout cas, elle n'a jamais de suites dangereuses, et elle n'empêche jamais la santé d'être belle et solide après la guérison de l'engorgement du col utérin.

Le traitement que je préconise a un immense avantage; outre qu'il est très simple, il ne dérange en rien la vie ordinaire des femmes qui le suivent. Les cautérisations ne peuvent être pratiquées qu'à des intervalles assez éloignés, de huit à quinze jours; et pendant ce laps de temps, c'est à peine si elles réclament un jour de repos, sauf de rares exceptions. C'est à tel point que beaucoup de mes malades, qui avaient leur domicile à 100 et 150 kilomètres de Paris, partaient de chez elles de manière à arriver chez moi à l'heure de ma consultation, et reprenaient le chemin de fer deux ou trois heures après avoir été opérées. J'ai toujours déconseillé ces voyages précipités, que je considère comme une grande imprudence. Mais ces dames n'en éprouvant aucun mal ne tenaient pas compte de mes recommandations. Et en effet, je n'en ai jamais vu résulter rien de fâcheux.

Le traitement de l'engorgement du col utérin par les cautérisations avec le caustique Filhos peut-il donner lieu à des accidents graves? D'après mon expérience personnelle, si les cautérisations sont faites avec méthode et prudence, aucun accident n'est à craindre. Parmi les cas assez nombreux où j'ai eu l'occasion d'employer ce mode de traitement, voici les deux seuls que j'aie à citer à ce point de vue. On jugera par leur exposé succinct si les phénomènes morbides qui ont pris naissance après le traitement peuvent être imputés aux cautérisations en elles-mêmes.

OBS. XVIII. — La première des deux malades était une jeune femme, mère d'un enfant, qui habitait la campagne à 150 kilomètres de Paris. Depuis plusieurs mois elle ne pouvait plus marcher en raison des douleurs que la marche et la station debout lui causaient dans le bassin, dans le bas-ventre et dans les reins, et qui avaient pour cause un engorgement considérable du col utérin. Sur mon avis, elle prit un logement à Paris, et y resta pendant toute la durée de son traitement. Voyant que tout allait bien et que la marche devenait de plus en plus facile, je lui annonçai la dernière cautérisation pour

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 septembre.

un jour prochain. Au jour dit, je vins faire cette opération. Mais quel ne fut pas mon étonnement de voir que ses malles étaient faites et qu'elle allait partir immédiatement après la cautérisation. Inutile de dire que toute mon éloquence fut en pure perte. Elle se trouvait guérie! La voyant irrévocablement décidée, je lui recommandai de se coucher en arrivant chez elle, de garder un repos absolu pendant plusieurs jours, et si elle voulait prendre l'air, de ne sortir qu'en voiture. Mais elle était si heureuse de faire voir qu'elle pouvait marcher, qu'elle ne se coucha point à son arrivée, et qu'après son dîner, le soir, elle alla dans son parc s'asseoir sur un banc de gazon humide! Bientôt elle ressentit par tout le corps un refroidissement qui la força de chercher promptement son lit. Le lendemain matin, elle avait un coryza intense, et deux ou trois jours après, elle fut prise de métro-péritonite aiguë! Mes excellents confrères de la localité ne manquèrent pas de me mettre sur le dos cette maladie, qu'ils attribuèrent carrément à mon traitement en le qualifiant de toutes les façons possibles. Heureusement, la jeune malade ne mourut point. Et il se trouva qu'après la guérison de sa métro-péritonite, elle marchait très bien, et que depuis, elle a toujours marché comme tout le monde. Mon traitement si injustement accusé avait donc guéri l'engorgement du col utérin!

Obs. XIX. — La seconde malade était une jeune femme de Constantinople fixée à Paris, grande, pâle, lymphatique, molle. Elle souffrait dans le bassin d'un engorgement du col, que je traitai par les cautérisations avec le caustique Filhos. Arrivé à la fin du traitement, voyant les tissus engorgés en bonne voie de résolution et les symptômes généraux très amendés, je fis une dernière cautérisation, et pour n'y plus revenir, je la fis un peu plus forte que les autres. D'ailleurs, je recommandai un repos absolu. Malheureusement, après mon départ, on vint dire à l'opérée que sa mère était au plus mal. Immédiatement, elle courut chez la malade, et resta debout à son chevet pendant trois jours et trois nuits sans désemparer, lui prodiguant tous les soins, même les plus fatigants. La malade allant mieux, ma cliente rentra chez elle, et alors elle ressentit une douleur dans la fosse iliaque droite, où l'on constata l'existence d'une tumeur sensible à la pression. Son médecin et moi, nous diagnostiquâmes un phlegmon aigu du ligament large. Le confrère de Paris plus noble et probablement aussi plus savant que les médecins de la première malade, se rendit très bien bien compte de la production de cet accident inflammatoire, dont ses soins éclairés amenèrent la guérison. La dernière fois que j'ai eu des nouvelles de cette dame, elle était bien guérie du phlegmon et ne souffrait plus de l'engorgement du col utérin.

Peut-on dire que les accidents observés chez ces deux malades étaient des accidents propres au traitement qui leur avait été appliqué? Ces deux cas mis de côté, je n'ai jamais rien observé dans toute ma pratique, pendant plus de trente ans, qui soit de nature à donner, au sujet de ce traitement, la moindre appréhension.

A suivre.

Aphasie, hémiplégie droite avec hémianesthésie dans le cours d'une fièvre typhoïde.

Observation présentée à la Société médicale des hôpitaux

Par le Dr F. Sorel, membre correspondant.

R..., (Pierre), âgé de 24 ans, soldat au 2e de ligne, dans sa troisième année de service, depuis quatorze mois en Algérie ou en Tunisie, entre à l'hôpital de Sétif le 22 novembre 1882.

Il est au sixième jour d'une fièvre typhoïde légère caractérisée surtout par la céphalalgie et l'insomnie avec rêvasseries; la température fébrile oscille entre 38 et 39° le matin, et ne dépasse pas 39°8 le soir; pas d'épistaxis; tendance à la constipation.

Des taches ombrées se remarquent sur l'abdomen, coïncidant avec la présence de pédiculi pubis. Les taches rosées apparaissent du septième au huitième jour à la base du thôrax et, sur la paroi abdominale, elles se montrent par poussées successives, quelques-unes deviennent papuleuses, et il en existe encore le 2 décembre, seizième jour de la maladie, quand la défervescence, commencée le 29 novembre, est devenue complète.

Malgré cette marche générale si bénigne de l'affection, le 25 novembre, au neuvième

jour, le malade perdait tout à coup la parole, vers huit heures du matin, et devenait hémiplégique du côté droit.

L'aphasie est complète; il n'y a plus qu'émission de sons inarticulés.

La motilité est abolie dans le domaine du facial inférieur à droite; le membre supérieur du même côté, en état de résolution complète, retombe inerte quand on le soulève; la paralysie est un peu moins prononcée au membre inférieur.

La sensibilité est très diminuée. Le chatouillement de la plante du pied détermine des réflexes atténués. Le réflexe rotulien est absent aussi bien à droite qu'à gauche.

Absence absolue soit de convulsions, soit de contractures.

L'intelligence paraît peu modifiée; le malade se sert lui-même en usant du membre gauche.

A la contre-visite, l'état de la face et l'aphasie sont les mêmes, mais le mouvement est revenu dans les membres.

Le 27 novembre, la paralysie faciale est moindre; elle a disparu le 29.

L'aphasie persiste au même degré jusqu'au 2 décembre; le malade prononce alors le mot « oui », et donne une seule fois, sans pouvoir la répéter, la désignation de son régiment. Jusqu'au 12 décembre, le mot oui est seul articulé, mais les objets sont saisis sans hésitation et sans erreur à mesure qu'on les nomme.

Le 13 décembre, le malade répète plus ou moins bien, en bredouillant, les mots qu'on lui demande.

Le 14, il dénomme, avec plus ou moins de facilité, les divers objets qu'on lui désigne; il dit ses noms avec une certaine difficulté.

Puis, malgré quelques progrès, il persiste de l'embarras dans l'énonciation de certains mots, tel que « tout à fait », et dans leur association pour former les phrases. R... se sert des mêmes tournures, la plupart du temps les plus simples, mais jamais il ne substitue un mot à un autre, et lorsque le terme convenable lui fait défaut, il s'arrête, cherche mentalement, s'essaye à le prononcer à voix basse, et si ses tentatives restent infructueuses, il marque son impatience en disant : « Bon sang de bon sang! »

Il n'a pas été possible de se rendre compte des troubles de la lecture et de l'écriture chez cet homme fort illettré.

Au 1er février 1883, jour où je quittais Sétif, deux mois après l'invasion de ces accidents, R... présente toujours les mêmes phénomènes du côté du langage. De plus, le membre inférieur droit est moins solide dans la marche ou la station debout, et surtout moins assuré que le gauche dans l'ascension ou la descente des escaliers. Le membre supérieur est moins fort et le bras droit ne peut soulever un poids de 20 kilog. que soulève le gauche.

La sensibilité aussi bien au tact qu'à la douleur est restée considérablement diminuée du côté droit, les réflexes sont moins prononcés. L'acuité visuelle est aussi moindre à droite.

Les réflexes rotuliens sont nuls, mais aussi bien à droite qu'à gauche.

Il n'existe ni hémichorée ni contracture d'aucune sorte. Le volume des membres ne paraît pas diminué sensiblement.

Ainsi, au cours d'une fièvre typhoïde des plus légères pouvant être presque qualifiée de fébricule, sont apparus sans causes appréciables des phénomènes sérieux du côté des centres nerveux. Ils paraissent être le résultat d'une ischémie artérielle, probablement d'origine embolique, ayant pour siège un des rameaux de la sylvienne gauche alimentant la capsule interne au niveau du genou et de la portion lenticulo-optique voisine.

Je ne vois que cette région où une lésion ait pu, tout en restant très limitée, agir à la fois sur la sensibilité, la motilité, et plus particulièrement la faculté du langage, sans entraîner aucune perte de connaissance. La persistance des accidents à un degré atténué indiquerait une lésion en partie destructive.

Le malade avait été soumis, les trois premiers jours, à la médication par le sulfate de quinine et le salicylate de soude. Je profiterai de l'occasion qui m'est offerte pour compléter très succinctement les résultats de cette médication que j'ai eu l'honneur de soumettre à la Société médicale des hôpitaux, et donner les chiffres concernant une nouvelle série de malades soignés du 1er juillet 1882 au 1er février 1883.

Dans cet espace de sept mois, j'ai eu à traiter 72 fièvres typhoïdes qui n'ont fourni que quatre décès, soit une mortalité de 5 1/2 p. 100.

Des 10 malades civils, aucun n'a succombé, bien que l'un d'eux ait eu des hémorrhagies intestinales et un phlegmon diffus péri-parotidien.

Des 62 malades militaires, quatre sont décédés : l'un a été emporté par la forme ataxique primitive sans que la médication ait pu être instituée ; deux des autres sont morts à la suite de complications, à savoir : une péritonite par perforation, et un abcès du foie avec péritonite par propagation.

En résumé, dans une période de dix-neuf mois, sur 147 militaires et 28 civils soumis à la médication quinino-salicyliée, j'ai perdu environ 9 p. 100 des premiers et 14 p. 100 des seconds, et la mortalité totale a été de 10 p. 100, les complications ayant occasionné des décès dans près de la moitié des cas. Il ressort de ces chiffres, comme l'a dit M. le professeur Vulpian à l'Académie de médecine (séance du 6 mars 1883), que la médication salicyliée peut soutenir la comparaison avec tous les autres modes de traitement de la fièvre typhoïde.

BIBLIOTHÈQUE

NEURYPNOLOGIE. — *Traité du sommeil nerveux ou hypnotisme*, par James BRAID, traduit de l'anglais par le docteur J. Simon, avec une préface de M. Brown-Séquard, professeur de médecine au Collège de France. Paris, 1883 ; Delahaye et Lecrosnier.

C'est avec une entière liberté d'esprit, en mettant de côté toute idée préconçue, toute personnalité et tout système, qu'on peut apprécier la valeur de ce livre intéressant. Le temps n'est plus où sa publication soulevait en Angleterre les sarcasmes des sceptiques, la colère de quelques spiritualistes et surtout les passions ecclésiastiques. La première édition de la *Neurypnologie* eut en effet le privilège de faire grand bruit dans le monde. Mais aujourd'hui, de ces émotions et de ces animosités, il reste à la mémoire de Braid l'honneur d'avoir tenté, le premier, avec succès l'étude expérimentale des phénomènes de l'hypnotisme.

Depuis quelques années, ces manifestations des propriétés du système nerveux, qu'elles soient provoquées par des actes pathologiques ou par l'intervention des procédés expérimentaux de la physiologie, ont été méthodiquement étudiées. Au point de vue clinique, comment ne pas lire les travaux de Braid, quand on a médité les recherches de Prager, de Heidenhaim, de Beard, d'Azam, de Dumontpallier et surtout celles de l'Ecole de la Salpêtrière ? Les uns et les autres n'ont-ils pas en quelque sorte donné à l'hypnotisme ses lettres de naturalisation dans le domaine de la neuropathologie ? De plus, les physiologistes sont à la veille, s'ils ne l'ont déjà fait, de trouver la clé de ces phénomènes et le secret de leur mécanisme, témoin la théorie de l'inhibition et de la dynamogénie, dont M. Brown-Séquard a, depuis quelques années, édifié les bases expérimentales ! La translation en langue française de la *Neurypnologie* de Braid arrive donc à son heure. Notre estimé confrère, le docteur J. Simon, a donc fait œuvre d'opportunisme scientifique et son œuvre méritera certainement la faveur de l'opinion médicale.

Braid passait pour un enthousiaste ; et il possédait bien, en effet, l'enthousiasme des novateurs ; mais il était aussi un savant de bonne foi. Il avait le scrupule de la vérité et le besoin de convaincre ; de là, ces nombreux détails qu'on trouve dans son livre, détails précieux pour ses lecteurs, mais dans lesquels une analyse critique ne peut entrer. Double était le but de ses démonstrations. D'une part, il cherchait à prouver que l'hypnotisme explique certains phénomènes nerveux ; telle est la conclusion en quelque sorte physiologique et philosophique de ses expériences. D'autre part, il voulait en faire la médication de quelques affections. Ici, ses démonstrations sont plus contestables, et il est permis de douter qu'à côté de l'*hypnotisme physiologique et pathologique*, il y ait place pour le *braidisme*, érigé en système thérapeutique.

La démonstration expérimentale de l'hypnotisme devait avoir pour conséquence la réfutation des doctrines de Mesmer et du baron de Reichembach. Il en fut ainsi, comme le remarque M. Brown-Séquard dans la préface du livre actuel. Braid a prouvé « qu'aucune force spéciale (*magnétisme animal, mesmérisme, force odique* ou odilique, etc.) « n'est émise par l'individu qui agit comme hypnotiseur. Il a montré que la volonté ou

« les idées de cet individu, tant qu'elles ne sont pas exprimées par la parole ou par « d'autres sons, que son regard, s'il n'est pas vu, que ses gestes, s'ils n'agitent pas l'air, « ne produisent aucun effet chez l'hypnotisé ou chez le sujet à hypnotiser. Enfin, et « comme complément nécessaire de ce qui précède, il a prouvé que l'état hypnotique et « tous les phénomènes qu'il comporte ont leur source uniquement dans le système « nerveux de l'individu hypnotisé lui-même. »

L'hypnotisme, tel que l'entendait Braid, résulte d'actions exercées sur l'individu par lui-même. Comment donc s'exercent ces actions ? Par la fixation de l'œil mental ou de l'œil visuel pendant un certain temps. Cette fixation a pour effet, sinon chez tous les individus, du moins chez un grand nombre, de provoquer l'excitation des sens spéciaux et la somnolence, la mise en jeu de la motricité et des modifications fonctionnelles des organes, des troubles passagers plus ou moins limités de la circulation et des sécrétions, et enfin, par des manipulations convenables, des phénomènes variés d'ordre physique ou psychique. Faut-il s'étonner après cela de certains troubles de l'hystérie en apparence singuliers, et dans lesquels la fixation de la volonté est en cause. L'intervention de l'hypnotisme dans ces accidents morbides ne justifie-t-elle pas le nom de *neurataxie* proposé par M. H. Huchard, pour cette maladie de la volonté ?

Braid étayait sa théorie par de nombreuses observations, parmi lesquelles il en est de remarquables. Et cependant, même après ces démonstrations, sans faire acte d'un scepticisme systématique, on ne peut accorder une adhésion complète aux conclusions du médecin de Manchester. C'est qu'en cette matière, on ne saurait montrer trop de réserve. Voici, par exemple, la suggestion. Ses phénomènes qui ont, dans ces dernières années, tant fait parler d'eux, sont encore de même ordre. Braid lui consacre un long chapitre additionnel écrit en 1869, chapitre adressé à l'Académie des sciences qui venait, sur la demande de Velpeau, de nommer une commission chargée d'examiner la question. Quelque extraordinaires qu'ils soient en apparence, ces phénomènes résultent d'une exaltation des fonctions intellectuelles, d'une mise en jeu de propriétés du système nerveux et non pas de l'intervention d'un fameux fluide mystérieux émanant de la personne de l'opérateur; de là, cette réflexion de M. Brown-Séquard, que « la plupart des « phénomènes hypnotiques consistent dans une cessation, une diminution ou bien une « augmentation d'une activité, d'une fonction et d'une propriété. » Ils sont donc de l'ordre des phénomènes de l'inhibition et de la dynamogénie que Braid ignorait, mais dont il avait entrevu, sans en avoir la notion, quelques-uns des effets.

Pour les employer en thérapeutique, il n'y avait qu'un pas ; Braid l'a franchi, et cette partie de son œuvre est, à coup sûr, celle qui prête le plus à la critique. Il a pu prévenir la douleur dans les opérations par anesthésie, et cette anesthésie n'était qu'une inhibition de la sensibilité à la douleur soit. Il a, dit-il, modifié l'amblyopie, la paralysie, la surdité, l'anosmie, l'aphonie ; mais comment ne pas se demander en lisant ses observations, si les effets obtenus ne sont pas de même ordre que ceux de l'aimant, de la métallothérapie, de la xylothérapie, c'est-à-dire des corps dits œsthœsiogènes ? Il s'agissait plutôt d'excitations périphériques provoquant à distance l'inhibition ou la dynamogénie de certaines activités ou de certaines fonctions. Ici, les conclusions de Braid étaient discutables, mais elles le sont encore plus, à coup sûr, quand il fait intervenir l'hypnotisme dans la guérison du rhumatisme ou de l'irritation spinale. Et d'ailleurs, parmi ces malades, beaucoup étaient des hystériques. Comment ne pas en tenir compte ? L'hystérie n'a-t-elle pas toujours été la maladie des surprises cliniques et thérapeutiques !

En tout cas, l'introduction dans la thérapeutique des procédés de l'hypnotisme est encore à faire. Il est vrai que la découverte des propriétés inhibitoires et dynamogéniques de certaines parties du système nerveux ouvrent un vaste champ à la thérapeutique et à la clinique des névropathies ; il est donc aussi très légitime d'en attendre des résultats avant de révoquer absolument la réalité de faits curatifs qu'on attribue à l'hypnotisme.

Braid commit une grave erreur. Il appliqua ces phénomènes à la démonstration des doctrines phrénologiques. Dans sa ferveur, après avoir prouvé l'origine subjective des suggestions, il se laissait donc prendre comme tant d'autres observateurs contemporains aux idées, aux sentiments *suggérés* à des hypnotisés. Son œuvre n'est donc pas exempte de cette faute. Il faut conséquemment en faire la part, et se mettre en garde contre les entraînements de sa trop vive imagination.

Le livre d'une si attachante lecture que M. J. Simon a pris l'excellente initiative de traduire en français a ainsi une place importante dans l'histoire encore incomplète du somnambulisme provoqué, question toujours ouverte, malgré les savantes recherches de nos contemporains et surtout de nos compatriotes.

Nous devons donc remercier le traducteur de son œuvre, M. le professeur Brown-Séquard,

de l'appui qu'il lui a donné, et ne pas douter du succès mérité de l'édition française de Braid. — C. E.

JOURNAL DES JOURNAUX

Revue des Journaux italiens.

La teinture d'iode contre les fièvres intermittentes, par M. le docteur Louis Concetti. — On cherche depuis longtemps à détrôner le sulfate de quinine dans le traitement des fièvres d'accès. Le prix élevé du précieux fébrifuge, la sophistication dont il est parfois l'objet ont suggéré à bien des médecins l'idée de le remplacer par un autre médicament plus abordable. La teinture d'iode semble avoir réussi entre les mains du docteur Concetti, comme elle l'avait déjà fait entre celles de Gualdi, de Nonodnitschansky et Grimel, Villebrand, Morisson, Cantani, Regnoli, etc., etc. C'est à la dose de 24 à 36 gouttes, mises dans 60 grammes d'eau distillée et prises en trois fois avant les accès, que M. le docteur Concetti prescrit ce médicament. La durée de la cure iodique a varié entre 2 et 38 jours sur 183 cas. Dans ce nombre, il y a eu 143 guérisons et 40 insuccès qui nécessitèrent l'emploi de la quinine. (*Gazzetta degli ospitali,* nº 58, p. 459.)

— *Une seconde laparotomie pour occlusion intestinale,* par M. le professeur Galozzi, de Naples. — L'habile chirurgien de l'hôpital des Cliniques a eu le bonheur, cette fois, de réussir la grave opération qu'il avait entreprise sur une femme de 60 ans atteinte d'étranglement interne dans de très mauvaises conditions. (*Rivista clinica dell' Universita di Napoli,* nº 6, juin 1883.)

— *Extirpation d'un épithéliome du rectum sur une femme de 62 ans.* — La mort survint immédiatement après l'opération; elle a semblé devoir être attribuée au chloroforme par le chirurgien qui fit cette ablation, M. le professeur Josué Marcacci, directeur de la clinique chirurgicale de l'Université de Sienne.

Un accident semblable n'est pas très rare; mais, ce qui l'est davantage, c'est la récidive immédiate d'un pareil fait; M. le professeur Marcacci, peu de temps après, eut à déplorer une nouvelle mort à la suite de l'enlèvement de l'utérus. Tout avait été prévu et exécuté avec habileté et selon les règles de l'art; il n'y avait eu qu'une perte peu considérable de sang, et cependant l'opération était à peine terminée que la malade succombait brusquement à un état syncopal que les recherches nécroscopiques faites avec le plus grand soin permirent encore cette fois de mettre sur le compte de l'agent anesthésique. (*Gazzetta degli ospitali,* nºs 60, 61, 62.)

— *Extirpation du pylore.* — M. le docteur Fr. Superno, directeur de l'hôpital de Pontidera, a enlevé la région pylorique de l'estomac à une dame atteinte de cancer de cet organe et arrivée au dernier degré du marasme. Trois jours après, la malade mourait de péritonite. A l'autopsie, on constatait que les surfaces de section étaient adhérentes, sauf en un point où la ligature avait cédé. (*Gazzetta degli ospitali,* nº 64.)

— *Quatrième divulsion digitale du pylore.* — M. le professeur Loreta a fait récemment une nouvelle application de son hardi procédé de divulsion pour une sténose stomacale durant depuis trois ans. La malade guérit en moins d'un mois sans qu'il survînt le moindre accident. (*Gazz. degli ospitali,* nº 64.)

— *Observation de chorée guérie par le nitrite d'amyle.* — A la suite du récit de cette obervation, M. le docteur Attilio Tosoni, médecin en premier de l'hôpital civil de Brescia, fait une étude complète de la chorée et examine avec soin la valeur thérapeutique des moyens préconisés pour l'enrayer. Sa malade, âgée de 16 ans, avait une chorée qui avait résisté à de nombreux agents pharmaceutiques, et qui finit par céder à une cinquantaine d'inhalations de nitrite d'amyle. (*Annali universali di medicina e chirurgia.* Vol. 265, fasc. 793; juillet 1883.)

— *Action de la résorcine,* par M. le docteur Ferdinand Righi (in : *Annali universali di medicina e chirurgia,* numéro de juillet, p. 42). — C'est après avoir essayé cet alcaloïde sur une centaine de malades atteints d'affections diverses que l'auteur s'est cru autorisé à donner son opinion sur le mode d'action de cette nouvelle substance. Il établit d'abord ce fait que la résorcine est inoffensive et ne produit à fortes doses que des troubles légers et insignifiants. D'après le docteur Righi, elle aurait :

1º Une action réelle et très prompte dans les affections miasmatiques;

2º Un pouvoir régressif sur les engorgements aigus de la rate;

3° Une puissance antifébrile nettement marquée dans la pneumonie, la fièvre typhoïde, l'érysipèle, etc.... mais aucune influence sur l'élément pyrogène;

4° Unie au bicarbonate de soude, elle arrête promptement le catarrhe aigu de l'intestin;

5° Enfin, elle exerce ses effets salutaires, comme agent modificateur, dans les catarrhes conjonctivaux et dans les affections de la cornée.

MILLOT-CARPENTIER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 juin 1883. — Présidence de M. RELIQUET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A propos de la discussion à laquelle a donné lieu la communication de M. Abadie : *Considérations cliniques et thérapeutiques sur la scrofule et la syphilis héréditaires*, M. de Beauvais dit qu'il croit que c'est surtout au sujet de certaines formes spéciales de syphilis héréditaire que M. Abadie a fait sa communication.

M. LE PRÉSIDENT : Dans cette discussion, il faut bien établir ce fait que c'est d'une manifestation de syphilis héréditaire tardive, qui présente une forme toute spéciale, que M. Abadie a voulu parler. La communication de notre collègue conserve donc tout son caractère de nouveauté.

La correspondance imprimée comprend : la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, le *Journal d'hygiène*, le *Concours médical*, le *Progrès médical*, le *Journal des sages-femmes*, le *Bulletin de la Société de médecine d'Angers*, 10e année, 1882; la *Revue des travaux scientifiques*.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, demandant à la Société quelques volumes du Bulletin qui manquent à la bibliothèque des Sociétés savantes, et offrant des doubles dont la bibliothèque peut disposer;

2° Une lettre de M. Daremberg, membre titulaire, demandant à échanger ce titre contre celui de membre correspondant;

3° Une lettre de remerciements de M. Blondeau, nommé membre honoraire.

M. LE PRÉSIDENT consulte la Société au sujet de la lettre du ministère de l'instruction publique. Il croit qu'il est de son intérêt de répondre affirmativement à cette lettre en envoyant le Bulletin demandé. La Société approuve.

Pour la demande de M. Daremberg, on votera à la séance prochaine.

—

M. DE BEAUVAIS donne lecture d'une lettre du docteur Jacolot, de Lorient, qui le prie de vouloir bien présenter à la Société une brochure sur la trachéotomie et la laryngotomie d'urgence, au moyen d'un instrument de son invention, *le trocart trachéotome*.

Le travail de M. Jacolot est renvoyé à une commission composée de MM. Thévenot, Polaillon et Dubrisay, rapporteur, qui est chargée d'en faire l'examen.

—

M. LADREIT DE LACHARRIÈRE, lit une note sur un *traitement spécial de la teigne*.

DISCUSSION

M. DUBRISAY : Je crois que M. Ladreit de Lacharrière a rendu un grand service en soulevant cette question du traitement de la teigne. Il est fort triste de voir combien la teigne se répand. Dans les écoles, très nombreuses aujourd'hui, la propagation s'en fait avec une étonnante rapidité. Au dépôt de l'assistance publique, sous les yeux même des médecins, la teigne existe à l'état endémique. Des enfants amenés par leurs parents et qui ne présentaient en arrivant aucune manifestation de la teigne, en sont absolument couverts en en sortant.

Quand on s'aperçoit qu'un enfant est atteint de la teigne, on est obligé de lui faire quitter l'école, ce qui peut avoir des inconvénients sérieux pour les parents.

J'ai vu appliquer le traitement préconisé par M. Ladreit de Lacharrière; il m'a paru, dans plusieurs cas, donner de bons résultats. M. Lailler l'a essayé à l'hôpital Saint-Louis. Vu la très grande importance de la question, je ferai la proposition suivante: La Société ne pourrait-elle nommer une commission chargée d'étudier le traitement préconisé par

M. Ladreit de Lacharrière dans son service? Je sais que, dans bien des cas, l'épilation ne réussit pas. Cette question vaudrait la peine d'être étudiée sérieusement.

M. Bergeron: M. Ladreit de Lacharrière voudrait-il bien nous communiquer la formule qu'il emploie dans son traitement?

M. Ladreit de Lacharrière donne la formule suivante :

50 p. 100 d'huile de croton;

50 p. 100 d'un mélange par parties égales de cire blanche et de beurre de cacao.

M. Duroziez. — Je suis étonné qu'il ne soit question, dans les traitements indiqués par M. Ladreit de Lacharrière, que de l'épilation.

M. Ladreit de Lacharrière. — J'ai parlé aussi des médicaments parasiticides, le turbith, la teinture d'iode, le sublimé, etc., ce sont des préparations qui, lorsqu'elles attaquent le cheveu, détruisent le spore, mais elles n'arrivent pas toujours au but. L'huile de croton en enflammant les tissus fait jaillir les éléments de la teigne qui sont ainsi facilement détruits. J'ai vu des malades qui, après une seule application de ma préparation, étaient débarrassés de la teigne.

M. Thorens : On emploie aussi, à l'hôpital Beaujon, l'acide pyroligneux. J'ai vu des enfants guéris assez rapidement. J'appuie aussi très fortement la proposition de M. Dubrisay. Dans les écoles du VIIIe arrondissement que j'inspecte, je vois la teigne se propager, malgré toutes les précautions possibles, visites fréquentes des têtes et renvoi de tous les enfants suspects.

M. Charpentier : Il y a, dans le traitement de la teigne, une lacune qui contribue, je crois, à sa propagation. La non-séquestration n'est-elle pas une cause adjuvante de l'entretien de la teigne? Je crois que, chez un enfant complètement isolé, la guérison serait plus vite obtenue.

M. Ladreit de Lacharrière : J'admets si bien votre manière de voir, que je fais isoler les enfants et je leur fais couvrir la tête d'un corps qui ne soit pas trop chaud et qui soit cependant assez dense, tel que la soie.

M. le Président : Pour répondre à la proposition de M. Dubrisay, que toute la Société approuve, une commission composée de MM. Ladreit de Lacharrière, Dubrisay et Thorens sera chargée d'étudier le traitement préconisé par M. Ladreit de Lacharrière. Si d'autres membres veulent se joindre à la commission, ils voudront bien s'entendre sur le jour et l'heure entre eux et avec M. Ladreit de Lacharrière.

M. Ladreit de Lacharrière : Je n'ai qu'un service de consultation externe, il me faudrait un peu de temps pour grouper et réunir mes malades, par conséquent, je vais m'en occuper et je convoquerai la commission pour le jour où je serai sûr d'avoir un nombre suffisant de sujets à lui présenter.

—

M. Duroziez lit une communication intitulée : *Rétrécissement de la tricuspide.* (Sera publiée.)

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Docteur Fauquez.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 21 au 27 septembre 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 836. — Fièvre typhoïde, 36. — Variole, 4. — Rougeole, 5. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 12. — Diphthérie, croup, 26. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 1. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 31. — Phthisie pulmonaire, 170. — Autres tuberculoses, 8. — Autres affections générales, 58. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 31. — Bronchites aiguës, 19. — Pneumonie, 39. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 73; au sein et mixte, 26; — inconnues, 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 87; circulatoire, 55; respiratoire, 36; digestif, 43; génito-urinaire, 18; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulat. et muscles, 2. — Morts violentes, 35. — Causes non classées, 5.

Résumé de la 39e semaine. — La mortalité parisienne continue à être extraordinairement faible. Le nombre des décès notifiés au service de la statistique n'a été cette semaine que de 836. Il y a plusieurs années qu'on n'avait observé un chiffre aussi peu élevé.

La comparaison des chiffres des deux dernières semaines fait remarquer, en ce qui concerne la fréquence des maladies épidémiques : une atténuation pour la Rougeole

(5 décès au lieu de 16) et pour la Coqueluche (12 décès au lieu de 22). Les autres maladies épidémiques sont restées dans un état à peu près stationnaire : tels sont la Fièvre typhoïde (36 décès au lieu de 35), la Variole (4 décès au lieu de 5) qui continue à être rare, la Scarlatine (1 décès au lieu de 0), la Diphtérie et le Croup (26 décès au lieu de 22).

Parmi les maladies saisonnières, les affections de poitrine restent stationnaires : la Bronchite aiguë des enfants a causé 19 décès au lieu de 16, et la Pneumonie 39 décès au lieu de 43. Ces chiffres doivent être considérés comme très voisins de la moyenne que l'on observe vers cette époque de l'année.

L'Athrepsie des jeunes enfants, ordinairement meurtrière à la fin de l'été, se ressent déjà de l'approche de l'automne ; elle a commencé à diminuer depuis le commencement de septembre, et ne compte cette semaine que 105 décès au lieu de 118, chiffre observé pendant la semaine dernière, et au lieu de 145 et de 154 qu'on avait relevés pendant les semaines précédentes. L'amélioration a donc été rapide et progressive. On peut espérer, étant donnée la saison, qu'elle sera durable.

On a notifié au service de statistique 377 mariages et 1,262 naissances (613 garçons et 649 filles). Parmi les naissances, 900 étaient légitimes et 362 illégitimes, dont 69 ont été reconnues immédiatement par un des parents au moins. En outre, 87 enfants mort-nés ou morts avant l'inscription sur le registre des naissances (51 légitimes et 36 illégitimes) ont été déclarés aux diverses mairies de Paris.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

FORMULAIRE

Pommade contre l'ophthalmie conjonctivale catarrhale. — Warlomont.

Oxyde rouge de mercure	0 gr 05 à 0 gr 10 centigr.
Baume du Pérou.	1 goutte.
Vaseline.	5 grammes.

On porphyrise soigneusement l'oxyde de mercure, avant de l'incorporer à la vaseline.

Le soir, on introduit gros comme la moitié d'un petit pois de cette pommade entre les paupières lorsque les conjonctives enflammées sécrètent un mucus qui provoque l'adhérence des voiles palpébraux.

Dans les cas très chroniques, dans ceux notamment où les papilles de la muqueuse sont engorgées et lui communiquent un aspect velouté, on recourt avec avantage au sulfate de cuivre, dont on promène légèrement un cristal sur les points qu'on veut modifier. Cette application ne peut être pratiqué qu'une fois par jour, et doit être suivie de fomentations froides. — N. G.

Asile public d'aliénés de Maréville. — Concours pour trois places d'internes en médecine.

En exécution de l'arrêté préfectoral du 5 juin 1882, approuvé par M. le ministre de l'intérieur, un concours public s'ouvrira le mercredi 21 novembre 1883, à 3 heures du soir, à la Faculté de médecine de Nancy, pour la nomination de trois internes à l'asile.

Sont admis à concourir les étudiants en médecine français ayant au moins douze inscriptions pour le doctorat.

Le concours aura lieu au siège de la Faculté de médecine.

Le jury se composera de trois professeurs désignés par la Faculté.

Les internes sont nommés pour trois ans ; ils jouiront, pendant ce temps, du traitement annuel et des avantages en nature fixés par le règlement, dont ils pourront prendre connaissance, soit à la préfecture, soit au secrétariat de la direction de Maréville.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la préfecture, dix jours au moins avant l'ouverture du concours. Ils auront à produire leur acte de naissance dûment légalisé, un certificat constatant qu'ils ont au moins douze inscriptions au doctorat et enfin un certificat de bonne vie et mœurs.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

BULLETIN

Académie de médecine, 2 octobre. — Les académiciens sont déjà nombreux el les bancs réservés au public bien garnis. Toutefois, c'est encore une séance de vacances, avec un ordre du jour bien vite épuisé. En l'absence des gros bonnets, nos jeunes confrères occupent la tribune, et leurs travaux valent bien qu'on les écoute ; MM. Daremberg et Blache nous l'ont prouvé aujourd'hui.

Au début de la séance, M. Proust fait hommage à l'Académie d'un important travail sur l'étiologie et la prophylaxie du choléra. Il n'était pas inutile, a dit à peu près le savant secrétaire, de réunir et de mettre en lumière les notions acquises sur l'évolution du fléau dont l'Inde et les Anglais nous gratifient et sur les moyens propres à nous en préserver, au moment où la fameuse circulaire de lord Granville vient de montrer combien ces notions sont loin d'être vulgaires et acceptées sans conteste. Nous sommes tout à fait de son avis ; nous ajouterons qu'il est utile de faire paraître de sérieux travaux pour répondre à des documents d'allure pseudo-scientifique, où l'incompétence le dispute à la mauvaise foi.

Le travail de M. Daremberg est à la fois une constatation des progrès accomplis depuis quelques années dans l'étude des maladies infectieuses, et une sorte de revendication en faveur de la médecine traditionnelle. Il est impossible de ne pas reconnaître que l'auteur rend justice aux idées nouvelles et ne veut en aucune façon leur barrer le chemin. D'autre part, il est visible qu'en acceptant les doctrines, il est encore sceptique sur leur application, et que jusqu'à présent il n'a pas vu surgir un progrès médical incontestable. Ainsi, la contagiosité du tubercule démontrée par Villemin, sa spécificité nettement établie par Hippolyte Martin, la valeur séméiologique du bacille de Koch, voire même son rôle d'agent primitif et essentiel de l'infection tuberculeuse, ne lui font pas oublier l'importance capitale du terrain physiologique et de son aptitude à recevoir le germe infectieux. Le tubercule est contagieux, sans doute, mais sa contagion est loin d'être obligatoire, et elle trouve dans les dispositions inhérentes à chaque organisme de nombreux éléments d'insuccès. Tout ce qu'il faut dire aujourd'hui sur la *contagion clinique* de la tuberculose a été dit, ou peu s'en faut, par la médecine traditionnelle; nous n'avons que peu de choses à y changer. Un bacille ne suffit pas à faire un tuberculeux; ce n'est pas en cherchant à tuer le microbe, comme on tend à le faire par une étroite application de la théorie, qu'on arrivera mieux à guérir les malades; enfin les mesures d'isolement, comme s'il s'agissait de variole ou d'érysipèle, sont une pure illusion.

Les promoteurs ardents des idées modernes ne doivent pas se plaindre de rencontrer sur leur chemin un scepticisme éclairé, qui les discute sans les entraver, qui de temps en temps les ramène en arrière et les force à marcher pas à pas.

M. Blache a vu trois exemples de « vaccine efficace sans manifestations extérieures ». Sur trois enfants qu'il a vaccinés cet hiver, il n'a vu survenir qu'un léger gonflement du bras, qui diminua bientôt pour laisser après lui de petites nodosités profondes au niveau des piqûres. Ces nodo-

sités persistaient encore après six semaines. Quelque temps après, mis en demeure de vacciner de nouveau, M. Blache fit l'opération de bras à bras, et après 36 heures observa des boutons de « fausse vaccine », c'est-à-dire l'éruption incomplète qui a coutume de se développer sur les sujets en puissance de vaccine légitime, et par conséquent préservés efficacement contre une seconde inoculation. Dès lors il ne douta plus de l'efficacité de la première; et M. Bouley, se fondant sur quelques faits analogues observés chez les moutons, le confirma dans cette idée. Il semble donc, d'après ces faits intéressants, que les pustules vaccinales, qui sont le signe ordinaire de l'inoculation sous-épidermique et servent merveilleusement à la reproduction et à la propagation du virus préservateur, n'ont aucun rôle à jouer dans l'évolution de la vaccine au sein de l'économie, et ne possèdent à ce point de vue aucune utilité. L.-G. R.

Considérations cliniques et thérapeutiques sur la scrofule et la syphilis héréditaire.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 9 juin 1883,

Par le docteur Ch. Abadie.

Pendant la première et la seconde enfance jusqu'à l'adolescence, les paupières, la conjonctive, et surtout la cornée sont fréquemment le siège de processus inflammatoires aigus ou chroniques considérés habituellement comme relevant des diathèses lymphatique et strumeuse. Je me propose d'établir dans ce travail que nombre de lésions oculaires graves soi-disant de cette nature ne sont nullement modifiées par le traitement antiscrofuleux proprement dit, et que là où l'huile de foie de morue, les amers, le quinquina, etc... ne donnent parfois que des résultats insignifiants, l'iodure de potassium et les préparations mercurielles, maniées comme il sera dit tout à l'heure, amènent souvent une guérison rapide.

Voilà d'abord un premier fait principal qui se dégage des nombreuses observations que j'ai pu recueillir dans ces derniers temps. L'attention une fois attirée sur ce sujet, il y aura lieu de voir si les dermatologistes, de leur côté, arrivent aux mêmes conclusions, et si les scrofulides malignes qui se laissent si peu modifier sous l'influence des médicaments dits antiscrofuleux ne cèdent pas à leur tour à un traitement spécifique manié et dirigé comme il sera dit tout à l'heure (1).

Je n'ai pas la prétention de généraliser les résultats d'une étude encore trop restreinte et de soutenir que la scrofule n'est autre chose que la syphilis héréditaire, mais ce que je tiens à prouver avec observations cliniques à l'appui, c'est que nombre de manifestations graves considérées jusqu'ici comme scrofuleuses ne sont autre chose que des accidents de syphilis héréditaire.

Sur quelles données, en somme, était basée jusqu'à ces derniers temps la distinction entre la scrofule et la syphilis: 1° d'une part, sur la différence des manifestations des deux diathèses; 2° d'autre part et surtout sur la différence d'action du traitement dit spécifique.

Examinons de près ce qu'il y a aujourd'hui de fondé dans ces distinctions.

(1) Comme on le voit, je m'exprimais ainsi dans la séance du 9 juin 1883. J'ignorais à ce moment les travaux de M. le professeur Fournier sur la syphilis héréditaire qui ont été publiés dans la *Gazette des hôpitaux* le 10 juillet 1883. Bien entendu, en rapprochant ces dates, je n'ai aucune arrière-pensée de revendication; c'est uniquement pour dire que je suis heureux de voir concorder mes observations avec celles d'un syphiligraphe aussi éminent que M. Fournier. Les preuves fournies par la pathologie oculaire et la pathologie cutanée se prêtent donc un mutuel appui pour donner encore plus de force à la thèse que je vais développer.

La scrofule attaquerait de préférence, pendant l'enfance, le système ganglionnaire; plus tard, le tissu osseux et les articulations; à l'age adulte elle frapperait les téguments, se localisant de préférence sur la face, ou, sous forme de lupus, elle envahirait les tissus autant en profondeur qu'en surface. Elle se ferait remarquer par sa ténacité et souvent sa résistance opiniâtre à toute espèce de traitement.

La syphilis, au contraire, s'étend volontiers à toute la surface cutanée; elle n'a pas de localisation précise et peut atteindre n'importe quel organe. Sauf les formes tout à fait malignes, d'ailleurs assez rares, elle évoluerait assez rapidement et serait, dans l'immense majorité des cas, justiciable du traitement spécifique.

Tel était, résumé à grands traits, l'état de la science sur cette question, il y a quelques années à peine. Mais, aujourd'hui, les observations faites de tous les côtés par des spécialistes de haute valeur sont venues et viennent encore tous les jours modifier singulièrement nos connaissances sur ce sujet d'un si haut intérêt pratique. C'est là précisément, pour le dire en passant, un des grands avantages de la spécialité de permettre à l'esprit humain de se concentrer sur l'étude attentive et constante d'une question, sans être détourné à chaque instant du but poursuivi par les mille incidents d'une pratique trop vaste et trop étendue.

Les syphiligraphes de Paris et de Vienne (et il convient ici de citer en première ligne M. le professeur Fournier) ont montré que la syphilis n'était en somme jamais éteinte pendant toute la durée de l'existence, et que des accidents sûrement de nature spécifique pouvaient se montrer vingt, trente, quarante, cinquante ans même après le chancre initial.

Jadis, on ne connaissait surtout de la syphilis que les accidents qui se déroulent dans les premières années qui suivent l'inoculation. Dans cette période, en effet, l'infection de l'organisme se traduit par des manifestations qui, à peu de chose près, sont les mêmes chez tous les malades; mais, plus tard, il en est tout autrement: plus la syphilis est ancienne, plus ses manifestations deviennent complexes, variées; plus elle est bizarre, capricieuse dans ses allures, dans sa marche, dans sa façon de se comporter à l'égard des traitements en apparence les plus rationnels; en un mot, plus elle devient difficile à reconnaître et plus elle déroute l'observateur.

Il est évident, par exemple, que les accidents dits tertiaires, et qu'à notre avis il faut encore savoir distinguer de ceux que nous appellerons *tardifs*, n'ont été bien connus et rattachés à leur véritable origine que depuis la découverte de l'action médicamenteuse de l'iodure de potassium.

Que de testicules et que de seins ont dû être enlevés jadis comme atteints de fongus ou de cancers, alors qu'il s'agissait de simples gommes ulcérées.

Actuellement, les accidents dits tertiaires de la syphilis nous échappent moins, précisément parce que d'habitude ils cèdent assez bien à l'iodure de potassium, qui sert pour ainsi dire de pierre de touche pour les reconnaître. Il n'en est pas tout à fait de même pour ce que j'appellerai les accidents *tardifs* de la syphilis, ou, pour préciser encore davantage, les accidents de la syphilis ancienne qui sont loin d'appartenir toujours à la catégorie des accidents dits tertiaires.

Je crois qu'il ne faut pas non plus confondre la syphilis maligne avec la syphilis ancienne. La forme maligne, en effet, peut se montrer même à une époque très rapprochée du début, pendant la période dite secondaire. Elle se caractérise par la gravité, la généralisation des lésions, parfois même par leur rapidité d'évolution, leur résistance à tous les traitements. Dans la syphilis ancienne, c'est tout autre chose, les accidents ne sont pas toujours graves, mais ils sont complexes et tenaces, ne suivant aucune règle. Tantôt disparaissant à un moment donné pour reparaître ensuite

plus tard. Tantôt améliorés par le traitement spécifique, tantôt aggravés au contraire, puis cédant ensuite spontanément au moment où on s'y attend le moins. En outre, se montrant toujours nécessairement chez des personnes âgées, l'influence d'autres diathèses semble intervenir, de telle sorte que parfois le diagnostic devient des plus difficiles et le traitement des plus délicats. C'est, par exemple, sur le compte de la syphilis ancienne qu'il faut mettre ces psoriasis palmaires et plantaires d'habitude si tenaces, si irréguliers. Ces lésions de la langue si fréquentes et encore si mal connues, qui s'améliorent un jour pour s'aggraver le lendemain, qui pendant toute leur évolution ne prennent jamais un véritable caractère de malignité et persistent durant de longues années sous forme de fissures, d'érosions, de crevasses, labourant la langue dans tous les sens, sans produire finalement des désordres trop considérables.

Aujourd'hui que ces manifestations tardives de la syphilis commencent à être assez bien connues, on reconnaîtra, en y prêtant quelque attention, qu'elles ont une certaine analogie avec celles de la syphilis héréditaire, dont l'étude clinique encore récente se poursuit activement tous les jours.

Déjà, dans la syphilis héréditaire, une distinction très importante a été établie et mérite d'être conservée.

Les accidents qui surviennent au moment même de la naissance ont été séparés de ceux qui se montrent beaucoup plus tard après la puberté.

Les premiers appartiennent à la syphilis appelée congénitale; les autres à la syphilis héréditaire proprement dite.

Les manifestations de la syphilis congénitale qui éclatent habituellement soit au moment même de la naissance, soit pendant les premiers mois qui suivent ont, à peu de chose près, la même physionomie que ceux de la période secondaire de la syphilis acquise. Ce sont des éruptions généralisées, des plaques muqueuses, etc., qui cèdent facilement à la médication spécifique et disparaissent promptement sous l'influence des mercuriaux, frictions, liqueur de Van-Swieten, etc. Cela se comprend du reste; les enfants qui présentent ces accidents sont le plus souvent issus de parents dont la syphilis est jeune, en pleine période secondaire ou qui viennent de la traverser. Il semble que les mêmes accidents de la même période sont transmis des parents aux enfants et se comportent de la même façon chez les uns et les autres. Il n'en est plus du tout de même dans la syphilis héréditaire tardive; c'est ordinairement beaucoup plus tard, de 18 à 20 ans, que se montrent ces accidents.

Nous, ophthalmologistes, nous les voyons particulièrement survenir sous la forme de kératites parenchymateuses, et c'est un grand mérite pour Hutchinson d'avoir montré que cette affection cornéenne était habituellement sous la dépendance de la syphilis héréditaire. La kératite parenchymateuse appartient bien, par tous ses caractères, à la syphilis tardive: elle a un début insidieux, une marche bizarre; on ne peut prévoir à l'avance comment elle se comportera à l'égard des diverses médications qui seront dirigées contre elle. Sa durée est très variable; le plus souvent, rien ne l'arrête dans son évolution, puis elle disparaît spontanément d'elle-même, alors que les malades semblent désespérés.

Cette irrégularité d'allures fait qu'à l'heure actuelle tous les ophthalmologistes sont loin d'être d'accord sur sa nature. Les uns reconnaissant la justesse des observations d'Hutchinson les considèrent comme appartenant à la syphilis héréditaire; les autres fondant leur opinion uniquement sur l'inefficacité du traitement spécifique soutiennent qu'elle est de nature scrofuleuse, lymphatique, etc. Voici, à cet égard ce que je puis dire :

Dans la grande majorité des cas, en présence d'une kératite parenchymateuse à forme grave, une enquête habile, faite avec discernement, révèle l'existence de la syphilis chez les ascendants.

Souvent, cela est vrai, la kératite parenchymateuse ne peut être modifiée

dans son évolution par aucun traitement, y compris le traitement spécifique *ordinaire*, mais en cela encore, elle se rapproche des accidents de la syphilis *ancienne* et se comporte comme eux. Son indifférence apparente, à l'égard du traitement spécifique ordinaire, ne constitue donc pas un argument péremptoire en faveur de son origine non syphilitique, et c'est là un point que je désire mettre bien en relief.

D'une façon générale, on peut dire que l'action thérapeutique de la médication dite spécifique diffère suivant les périodes de la syphilis. Dans la période secondaire, les sels de protoiodure agissent avec une efficacité incontestable; à une époque plus tardive, ces mêmes sels de protoiodure sont absolument insuffisants, et ils échouent complètement là où au contraire les autres préparations, telles que le bi-iodure et le bi-chlorure, donnent encore de bons résultats.

Certaines manifestations plus tardives exigent l'association des sels de mercure à l'iodure de potassium (sirop de Gibert), et ne cèdent qu'à l'action de ces médicaments combinés; pour d'autres, enfin, le mercure, au moins avec les sels *employés jusqu'ici et donnés à l'intérieur*, semble plus nuisible qu'utile, et l'iodure de potassium seul réussit. Il est indéniable que telle ou telle manifestation de la syphilis résiste à telle préparation mercurielle, tandis qu'elle cède à telle autre.

Règle générale, plus la syphilis est ancienne, plus le choix du médicament et son mode d'administration sont chose délicate, et il faudrait donc se garder de conclure que tel accident n'est pas syphilitique, parce qu'il n'est pas guéri par tel médicament, rien ne prouve qu'un autre sel voisin du premier et administré d'une autre façon n'agira pas là où l'autre a échoué.

La preuve éclatante de ce que j'avance a été fournie dans ces derniers temps par les injections sous-cutanées de peptonate de mercure, et je crois que M. Martineau a eu grandement raison d'insister sur la haute valeur thérapeutique de ce médicament ainsi administré. On a pu, de cette façon, mettre un terme à des accidents qui, depuis des années, résistaient à toutes les autres préparations mercurielles.

Mais, où je diffère un peu avec M. Martineau, c'est quand il veut généraliser et appliquer systématiquement cette médication à la syphilis, quel que soit son âge. Je crois, au contraire, qu'il faut la réserver pour la syphilis tardive qui résiste aux sels de mercure habituellement employés, tandis que ceux-ci, dont l'action sur la syphilis jeune reste incontestable, ne doivent pas être abandonnés. Ces considérations thérapeutiques s'appliquent en tous points à la syphilis héréditaire dont les manifestations sont prises quelquefois pour de la scrofule, uniquement parce qu'elles résistent au traitement spécifique ordinaire.

A suivre.

BIBLIOTHÈQUE

ÉTUDE PHYSIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE SUR LA CAFÉINE, par M. le docteur LEBLOND. Paris, 1883. Octave Doin.

Parmi les médicaments nouvellement étudiés, il en est peu qui soient plus en faveur que la caféine. — M. Leblond a voulu résumer ces faits acquis au triple point de vue chimique, physiologique et thérapeutique.

La caféine a été découverte par Runge en 1820, étudiée chimiquement par Jobert et Mulder, Dumas et Pelletier, Pfaff, Liebig, Stricker et d'autres encore. Physiologiquement, cet agent est un excitant du système nerveux qui, par l'intermédiaire des vaso-moteurs, modifierait la pression sanguine, la température périphérique et, à doses toxiques, produirait la mort par arrêt du cœur en systole chez les animaux à sang froid et en diastole chez ceux à sang chaud.

Récemment introduite dans la thérapeutique, cette substance a été préconisée dans les

cardiopathies, où elle agirait, si nous en croyons M. Leblond, beaucoup mieux que la digitale, régularisant l'action cardiaque, provoquant une abondante diurèse et ayant, par conséquent, une grande efficacité dans les albuminuries d'origine cardiaque. Enfin, elle pourrait être utile pour faire baisser la température dans les pyrexies. M. Leblond discute longuement les doses à employer, question intéressante assurément. Avec M. Huchard, il débute par 50 centigrammes et juge inutile de dépasser 1 gramme 20 centigrammes. C'est donc en s'inspirant des travaux récents, des observations de son estimé maître, M. Sevestre, et des importantes recherches cliniques de M. H. Huchard, que l'auteur a écrit cette thèse d'actualité. Chaque jour, la caféine prend une place plus grande et plus légitime dans la thérapeutique des cardiopathies avec asystolie, dans l'adynamie, dans les fièvres typhoïdes à forme rénale et dans les albuminuries. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 octobre 1883. — Présidence de M. Larrey.

La correspondance non officielle comprend un mémoire de M. le docteur Ebrard (de Nîmes) sur l'iode. (Com. MM. Constantin Paul et Bouchardat fils.)

—

M. le Président exprime, au nom de l'Académie, les sentiments de sympathie et de regrets que lui a inspirés l'accident arrivé à M. Jules Rochard. Il prie M. Legouest de vouloir bien donner à l'Académie des nouvelles du blessé.

M. Legouest est heureux de pouvoir annoncer que M. Rochard se trouve dans un état aussi satisfaisant que possible, et qu'il y a tout lieu d'espérer sa prompte et complète guérison. (Applaudissements.)

—

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture d'une note de M. Bochefontaine en réponse à la note de M. Miguel sur l'asepticité des sels de cuivre, présentée dans la dernière séance par M. Bouley.

M. Bouley donne lecture d'une lettre de M. Maucuer, médecin vétérinaire à Ballène (Vaucluse), relative aux expériences de vaccination préventive du rouget du porc dans ce département. M. Maucuer annonce que tous les porcs vaccinés ont résisté à tous les modes d'infection et de contagion du typhus du porc. Il saisit cette occasion de rendre hommage à M. Thuillier, ce jeune martyr de la science, enlevé prématurément à ses études, qui a eu la gloire de découvrir le microbe du rouget, et à M. Pasteur, le maître illustre dont les enseignements ont fécondé les recherches de l'élève ; leurs deux noms doivent être associés d'une manière inséparable.

M. Bouley communique ensuite une note de M. Peuch, de l'Ecole vétérinaire de Toulouse, relative à de nouvelles expériences de clavelisation par des injections sous-cutanées de claveau dilué (Com. MM. Vulpian, Goubaux, Bouley.)

—

M. Proust offre en hommage un ouvrage qu'il vient de publier sur l'étiologie et la prophylaxie du choléra.

M. le Président dépose, au nom de M. Devilliers, une note relative à la contagiosité du choléra.

M. Dechambre présente, en son nom et au nom de ses collaborateurs, MM. Mathias Duval et Lereboullet, plusieurs fascicules du *Dictionnaire usuel de médecine et de chirurgie.*

—

M. Daremberg lit un travail ayant pour titre : *Quelle place doit occuper la tuberculose parmi les affections contagieuses*. Voici les conclusions de ce travail.

« La tuberculose est une affection parasitaire transmissible par inoculation, alimentation, inhalation. Entre conjoints, ces trois modes d'absorption peuvent être réalisés. La tuberculose est toujours causée par l'absorption d'un germe extérieur.

« La contagiosité n'est pas proportionnée à la quantité de germes contagieux, mais dépend de la qualité des terrains organiques plus ou moins disposés à les recevoir, de sorte que la contagion est un fait banal dominé par les réactions individuelles, préparées antérieurement à l'infection par des vices de nutrition héréditaires ou acquis.

« Les tuberculoses locales sont des tuberculoses atténuées.

« La scrofule semble être une diathèse, tandis que la tuberculose est une infection greffée sur des diathèses. On n'hérite pas généralement du germe infectieux de la tuberculose, mais des vices de nutrition qui ont provoqué cette infection chez les ascendants.

« La thérapeutique, tout en étant autorisée à rechercher des spécifiques, devra tendre à détruire par l'hygiène générale les causes qui préparent un terrain favorable à la tuberculose, et, dans le cours de la maladie, à combattre en outre les phénomènes réactionnels causés dans l'économie par la présence et la prolifération de l'agent infectieux. »

—

M. René Blache donne lecture d'une note intitulée : *Vaccine efficace sans manifestations extérieures.*

L'auteur a observé cet hiver trois faits intéressants. Il s'agit de trois enfants vaccinés par lui. Il n'y a pas eu la plus légère apparition de boutons de vaccine, et il a pu cependant acquérir ultérieurement la certitude que dans les trois cas dont il s'agit, deux des enfants avaient acquis l'immunité vaccinale, ce qui a été démontré, six semaines après, par des tentatives d'une nouvelle vaccination qui n'a donné que les caractères de la fausse vaccine. (Com. de vaccine.)

— La séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 juillet 1883. — Présidence de M. Millard.

Sommaire. — Correspondance. — *Note sur l'ataxie locomotrice syphilitique*, par M. Desnos. Discussion : MM. Dujardin-Beaumetz, Debove, Desnos. — Suite de la *Discussion sur l'isolement des varioleux dans les hôpitaux*, par M. Vidal. — Nomination d'une commission chargée de préparer un Règlement à ce sujet. — Observation d'un malade *atteint d'un cancer de l'estomac, opéré par laparotomie*, par M. Debove. Discussion : MM. Dujardin-Beaumetz, Rendu, Debove, Desnos.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée.— *Bulletin* de l'Académie royale de médecine de Belgique. — *Lyon médical.* — *Annales des maladies des organes génito-urinaires.* — Conférence faite au Dispensaire municipal de Clermont-Ferrand, par M. Fredet. — *Mémoires* et *Bulletins* de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 1881. — *Marseille médical.* — *Journal de thérapeutique* de Gubler. — *Bulletin médical du Nord.* — *Revue médicale de Toulouse.* — *Bulletin* de la Société d'anthropologie de Paris, etc.

—

A l'occasion du procès-verbal, M. Desnos lit une note sur l'*Ataxie locomotrice syphilitique.* (Voir le numéro du 30 septembre.)

M. Dujardin-Beaumetz: En ce qui concerne le traitement de l'ataxie locomotrice par la médication spécifique, je crois les faits de guérison excessivement rares. M. Fournier en a peut-être vu un ou deux cas. Il est même curieux de voir combien cette maladie est réfractaire au traitement spécifique, alors que nous trouvons en moyenne 85 syphilitiques sur 90 ataxiques; M. Fournier va même plus loin, puisqu'il dit cent pour cent, ce que je ne crois point. Alors même que nous les prenons au début, avec le traitement spécifique le plus énergique, nous n'obtenons rien, jamais rien, dans cette maladie. Les deux cas de M. Desplats et de M. Desnos sont tout à fait exceptionnels. Mais, chose étrange, si nous soumettons à ce même traitement spécifique des cas de syphilis cérébrale ou médullaire, nous obtenons et rapidement des résultats merveilleux; chacun de nous a pu en faire la remarque. Pourquoi cette différence d'action en face d'accidents qui reconnaîtraient la même origine? On peut objecter que les lésions de la moelle sont déjà bien profondes quand l'ataxie apparaît; mais, pourtant, il est difficile de croire à des altérations intenses tout à fait au début; or, il est incontestable qu'à cette période même le traitement spécifique ne donne aucun résultat positif.

M. Debove: Serait-il possible, vraiment, qu'il y ait des ataxies dont la lésion consisterait simplement en une congestion des cordons postérieurs, comme le croit M. Desnos ? C'est bien ce que l'on croyait il y a vingt ans; mais il est aujourd'hui démontré que, dans tous les cas, il existe une véritable sclérose des cordons postérieurs. Je me bornerai à dire que cette limitation de la congestion de la moelle aux cordons postérieurs n'a jamais été rencontrée, et que, théoriquement, vu la disposition des vaisseaux de la moelle,

elle n'est guère concevable. Au point de vue anatomique, j'en appelle donc à de nouvelles recherches. Au point de vue thérapeutique, je souhaiterais qu'il en soit toujours comme dans le cas de M. Desnos; malheureusement, ni M. Fournier, ni M. Westphall, ni moi, ni d'autres n'ont obtenu de résultats analogues. Pourquoi? Parce que, sans doute, on s'est adressé jusqu'ici à des cas chroniques, comme l'est habituellement l'ataxie locomotrice; parce que, au contraire, M. Desnos a rencontré un cas pour ainsi dire aigu, à marche rapide, que nous n'observons pas d'ordinaire, et qui pourrait bien n'être qu'un syndrome voisin de l'ataxie locomotrice classique, et par cela même curable.

M. Desnos: Je n'ai point voulu dire que dans mon cas il y ait eu restauration complète d'une sclérose confirmée; mais la marche n'a pas été aussi rapide que M. Debove veut bien le croire. Mon malade est guéri; l'est-il pour longtemps? pour toujours? je l'ignore.

M. Debove: J'affirme que le malade de M. Desnos est guéri et bien guéri. J'en veux pour preuve, non pas la disparition des douleurs intermittentes et fugaces de son malade, mais la cessation chez lui de tout phénomène d'incoordination, ce qui est beaucoup plus significatif.

M. Guyot: Je ne puis croire, pour ma part, qu'il y ait 85 ataxiques sur 90 qui aien une ataxie d'origine syphilitique. Je n'en ai bien vu et bien suivi que deux dans ma vie; ni l'un ni l'autre, je puis l'affirmer, ne sont syphilitiques. L'un, dont le début de la maladie remonte à vingt-cinq ans, va et vient; il a, de temps en temps, des crises de hoquet. Fatigué des médecins, il va, depuis quatre ans, passer chaque année cinq mois au bord de la mer; il s'en trouve bien. Tout se borne, chez lui, à l'incoordination; il fait ses affaires; aux yeux du monde, il est guéri. L'autre est une femme, malade depuis quatorze ans et qui touche à la dernière période de son ataxie. Le traitement spécifique, vigoureusement institué et suivi chez ces deux malades, n'a donné absolument aucune amélioration.

M. Dujardin-Beaumetz : Depuis que M. Fournier a émis son opinion, nous recherchons avec plus de soin, et nous trouvons en effet, plus souvent, cette coexistence de la syphilis et de l'ataxie locomotrice chez les mêmes sujets; mais nous n'allons pas jusqu'à la trouver constamment.

M. Debove : Cette recherche de la syphilis antérieure n'est pas toujours facile, attendu que bien des malades ont eu la syphilis sans le savoir. La meilleure preuve à donner pour démontrer que l'ataxie n'est point toujours syphilitique, c'est d'en rencontrer des cas chez des sujets qui ont été atteints plus tard de syphilis; je possède pour ma par deux exemples de malades atteints de chancres indurés survenus depuis le début de l e ataxie locomotrice. Voilà des preuves péremptoires.

Vidal : Nous ne pouvons guère élucider cette question avec les cas que nous observons à l'hôpital; ceux de la ville ont une valeur autrement grande, parce qu'on peut les suivre depuis l'origine et fort longtemps. J'ai connu une femme qui est devenue ataxique à l'âge de 60 ans; elle a vécu jusqu'à 74 ans et n'a jamais été atteinte de syphilis. Je vois un homme qui est ataxique depuis quinze ans et qui n'a pas eu la syphilis; son père est mort ataxique. J'ai la persuasion que cette doctrine de l'ataxie syphilitique ne tiendra pas devant les observations de la ville qui sont les plus probantes.

M. Martineau : Il est possible que la syphilis mène quelquefois à l'ataxie; quant à dire que l'ataxie est toujours d'origine syphilitique, c'est une opinion qui ne me paraît point soutenable. Qu'en raison de la grande fréquence de la syphilis il y ait souvent coïncidence entre l'ataxie et la syphilis, rien de mieux; mais conclure de cette coïncidence au rapport de cause à effet, c'est aller beaucoup trop loin; car alors nous devrions également considérer comme étant d'origine syphilitique, les tubercules, les cirrhoses, toutes les affections, en un mot, qui se montrent chez des sujets syphilitiques.

Comme l'a dit M. Dujardin-Beaumetz tout à l'heure, si l'ataxie locomotrice était de nature syphilitique, pourquoi la voyons-nous résister avec tant d'opiniâtreté, même à son début, aux traitements spécifiques les mieux combinés, quand nous assistons à la disparition si rapide et si merveilleuse par les mêmes moyens des accidents syphilitiques tertiaires du cerveau ou de la moelle? Je veux bien tenir compte de la coïncidence fréquente; mais je crois pouvoir affirmer que l'ataxie n'a pas le plus ordinairement pour origine la syphilis.

M. Vidal, revenant sur la question de l'isolement des varioleux dans les hôpitaux, fait voir comment, depuis 1864, l'administration est arrivée à adopter d'abord le principe

de l'isolement. La commission d'alors savait bien que sa demande était incomplète et que l'obtention des pavillons d'isolement conduirait tout naturellement à la demande d'hôpitaux spéciaux avec pavillon d'attente pour les cas indéterminés ou douteux; elle savait que l'un devait conduire à l'autre; et qu'alors il deviendrait possible et nécessaire d'appliquer à ces hôpitaux spéciaux un règlement spécial; aussi propose-t-il aujourd'hui à la Société de nommer une commission de 12 membres chargée d'élaborer un projet de règlement, qui sera soumis à l'Assistance publique, laquelle, après l'avoir adopté, pourra l'imposer aux hôpitaux.

La proposition de M. Vidal est acceptée, et la Société nomme séance tenante une commission chargée d'étudier un projet de règlement pour les hôpitaux et les pavillons d'isolement des varioleux; cette commission, composée de 12 membres, comprend :

MM. Vallin, Lailler, E. Besnier, Dujardin-Beaumetz, Rathery, Vidal, Tenneson, Brouardel, L. Colin, Hervieux, Dumontpallier, d'Heilly.

—

M. Debove communique l'observation d'un malade atteint de *cancer de l'estomac, mort après laparotomie.* (Sera publiée.)

M. Rendu : Il est fréquent d'observer des vomissements incoercibles chez des malades dont le pylore est demeuré perméable.

M. Debove : Les vomissements étaient immédiats; j'avoue ne connaître rien de semblable avec un pylore librement ouvert.

M. Dujardin-Beaumetz : J'ai vu le malade, et bien qu'il fût atteint d'un cancer du pylore, il ne présentait point cette dilatation gastrique que l'on rencontre si souvent dans ce cas.

M. Rendu : C'était un estomac intolérant; ce qui est purement individuel.

M. Desnos : N'était-ce pas un de ces cas de complication gastralgique du cancer de l'estomac indiqués par Fleury; complication qui expliquerait les vomissements?

M. Dujardin-Beaumetz : Je ferai remarquer que le malade de M. Debove ne se plaignait d'aucune douleur, ni spontanée ni provoquée, du côté de l'estomac; les vomissements tenaient sans doute bien plus à l'état spasmodique de l'organe affecté.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, Duguet.

JOURNAL DES JOURNAUX

De l'hygiène des pèlerins dans ses rapports avec le choléra. — Le *British Medical Journal* donne sur l'hygiène des pèlerins de Madras, où le choléra sévit, des détails dont l'actualité n'est pas sans intérêt.

Les pèlerins, pour se nourrir, ne comptent absolument que sur les largesses du temple, ou prasadum, lequel est loin, au point de vue sanitaire, de réunir toutes les conditions désirables. Le prasadum « du temple où on le dispense » est un composé de sable, de graviers, de fragments d'insectes nuisibles mélangés à du riz cru ou à demi-cuit avec son épisperme, son gravier, ses impuretés; le tout est arrangé en gâteaux avec de la vieille colle de pâte rance et altérée. Ces gâteaux sont préparés et conservés un certain temps avant d'être mangés. Il est obligatoire, pour chaque pèlerin, de prendre sa part du prasadum sacré, celui-ci étant une sorte d'offrande à la divinité. En examiner le contenu serait un sacrilège; en dire du mal un blasphème.

Les quelques pèlerins qui cherchent à faire eux-mêmes leur cuisine ne peuvent se procurer que des aliments capables de donner la diarrhée aux estomacs les plus robustes.

L'eau est tirée d'une citerne où, depuis des années, les pèlerins font leurs ablutions, se baignent, boivent, et qui sert enfin à tous les besoins. Le commissaire délégué Price, chirurgien-major, s'est livré à l'étude de plusieurs des substances alimentaires sacrées; quelques-unes sont répugnantes au delà de toute expression; les meilleures sont tout au plus bonnes pour les bestiaux, et il est difficile de croire que l'on puisse trouver des créatures humaines capables de les mâcher et de les digérer. (*The British Med. Journal,* 9 juin 1883.)

Du viburnum prunifolium dans la dysménorrhée, par H. Herr. — Le viburnum prunifolium exerce une action marquée sur les douleurs de la dysménorrhée. Bien que l'effica-

cité de cet agent thérapeutique dépende en grande partie des causes déterminantes qui ont présidé au développement de l'affection, son emploi est toujours utile, même dans les cas où la dysménorrhée ressortit à des causes de nature purement mécanique, telles que des flexions, des versions, des abaissements utérins, d'où congestion de l'organe, obstruction mécanique à l'écoulement du flux menstruel et douleurs proportionnelles en intensité à l'énergie des contractions utérines.

Le soulagement qui accompagne l'emploi du viburnum dans ces cas met en lumière l'action en quelque sorte spécifique du médicament sur la douleur ménorrhagique, puisque le viburnum prunifolium ne saurait être alors considéré comme influençant en rien la cause prochaine de la dysménorrhée. Mais c'est surtout contre la dysménorrhée essentielle, c'est-à-dire ne s'accompagnant d'aucune flexion ou déplacement utérin que l'efficacité du viburnum prunifolium est réellement merveilleuse, surtout si on a soin de l'associer au piscidia erythrina (coque du Levant). La combinaison de ces deux médicaments synergiques n'a jamais manqué d'apaiser ou de dissiper complètement les douleurs dans ces dysménorrhées essentielles. L'auteur rapporte deux observations détaillées, et chez l'une de ses malade l'usage du viburnum prunifolium, continué pendant la période intermenstruelle, ramena dès la seconde menstruation l'écoulement à son abondance et à son insensibilité normales. L'auteur spécifie que dans ces deux traitements, rapidement couronnés de succès, il n'existait pas de déviation utérine. Le mode d'administration adopté est l'extrait fluide de viburnum à la dose d'une cuillerée à thé toutes les quatre heures, au moment de la période menstruelle. (*Viburnum prunifolium. Its medical Uses*, by F.-H. Herr. *The Therapeutic Gazette*, july 1883, nº 7.)

Du tartrate de chinoline, par Isudeikin. — Le docteur Isudeikin rapporte une série d'expériences qu'il a entreprises avec le tartrate de chinoline sur 14 animaux, et dont les résultats peuvent se résumer comme suit :

L'action de la chinoline est sensiblement la même sur les animaux à sang chaud et sur les animaux à sang froid; elle agit comme un poison du système nerveux central, et spécialement de la moelle et du bulbe. Les centres excito-moteurs du cœur sont impliqués dans ces désordres. Le tartrate de chinoline détermine une diminution considérable de la température. A la suite d'une injection hypodermique de tartrate, on observe une paralysie des extrémités, l'abaissement de la chaleur du corps, un certain degré de dyspnée et un ralentissement du cœur dont la force est diminuée. Tous ces phénomènes cessent, et l'animal en expérience paraît revenir à son état normal, lorsque, dans un temps qui varie de douze à quarante-huit heures après l'injection, on voit l'animal devenir tout à coup d'une faiblesse extrême. Bientôt la respiration et la circulation s'embarrassent et l'animal succombe. L'auteur pense que cet effet est dû à l'action intermittente d poison. (*Wratsch*, 29, 103; 1882. Russie.)

De la kairine, par Erlanger. — Le vrai nom de ce médicament, par rapport à sa composition, est l'oxychinoline méthylhydratée (C10 H13 No); mais Fisher et Konig l'ont, pour la facilité, baptisé du nom de kairine.

Le sulfate de kairine est une poudre jaune brunâtre rapidement soluble dans l'eau, douée d'une saveur salée et d'une odeur aromatique.

Les expériences entreprises concernant l'action thérapeutique de ce médicament, dans la clinique d'Erlanger, ont donné les résultats suivants :

L'administration d'une seule dose de 0,30 centigr. en une seule fois n'exerce aucune influence appréciable sur la température; avec 0,50 centigr. ou 1 gramme, on peut abaisser la température de 1 1/2 degré à 2 degrés centigrades.

Cet effet apparaît au bout de vingt minutes et dure environ deux heures un quart, quand la dose est de 0,50 centigr., et un peu plus longtemps, trois heures à peu près, quand la dose est de 1 gramme. La température remonte aussitôt que le médicament a cessé d'agir.

Si on renouvelle la dose avant que l'effet de la précédente ait cessé, la chute est rapide; 0,50 centigrammes d'heure en heure déterminent l'abaissement de la température jusqu'à 37º et 36º5 après la quatrième prise.

Dans la pneumonie, le bien-être qui résulte de cette suppression de la fièvre est grand; mais, pour qu'il dure, il faut aussi maintenir la température à son taux physiologique, ce à quoi on peut arriver en administrant 0,75 centigrammes de kairine de deux en deux heures pendant toute la durée de la maladie. Il est bon d'observer certaines règles de prudence quand on a affaire à des malades âgés ou affaiblis, et de ne pas dépasser la dose de 1 gramme toutes les deux heures, sous peine de voir survenir des phénomènes de cyanose. Les urines prennent alors une teinte vert foncé.

Les expériences sur un médicament voisin de la kairine, la kairoline, sont entreprises

depuis trop peu de temps pour permettre d'en déduire des propositions définitives. (*Berlin klin. Wochensch.*, 45; 1882.)

Note sur la décomposition de l'iodure de potassium par l'azotate de potasse (*esprit de nitre*), par le professeur W. Searly. — Beaucoup de médecins ont tenté d'unir dans une potion l'esprit de nitre, l'iodure de potassium et le vin de colchique. Dans ce cas, il est arrivé quelquefois que l'iodure a subi une décomposition lente en présence de l'azotate de potasse, malgré la neutralité de celui-ci. Tantôt cette décomposition accusée par le changement de couleur est assez lente pour être parfaitement négligeable, mais quelquefois aussi elle survient rapidement au point de se colorer en quelques heures et de faire éclater le flacon, si celui-ci est bien bouché.

Des recherches entreprises sur ce sujet, il résulte :

1° Qu'aucune décomposition ne se produit si l'esprit de nitre est fraîchement et soigneusement préparé ;

2° Que si l'azotate de potasse donne une réaction acide, la décomposition est instantanée;

3° Que, malgré la réaction acide de l'esprit de nitre, la décomposition n'aura pas lieu si on a soin d'ajouter au préalable dans la liqueur une solution alcaline;

4° La cause prochaine de cette décomposition est la mise en liberté d'une certaine quantité d'acide nitreux formée aux dépens de l'azotate de potasse.

Ainsi, dans la préparation de la potion sus-mentionnée, on peut mélanger l'iodure à la solution parfaitement neutre d'azotate de potasse ou au vin, malgré l'acidité de celui-ci; mais si on vient à mêler ensuite ces deux solutions, la décomposition se fait immédiatement. Si, d'autre part, on veut neutraliser l'acidité du vin de colchique par la potasse, il faut le faire, au préalable, avant de mélanger les deux solutions, car l'addition de potasse à la solution d'esprit de nitre acide a donné naissance à un nitrite de potasse qui se trouve bientôt attaqué par l'acide acétique ou tartrique du vin; l'acide azoteux, mis de nouveau en liberté, décompose à son tour l'iodure. L'iode vient se déposer.

Conclusion : neutraliser les deux liqueurs avant de les mélanger. (*Note on the decomposition of iodide of potassium by spirit of nitre. — New remedies, Journal of Therapeutic;* june 1883.) — L. Dn.

FORMULAIRE

Pilules antinévralgiques. — Bartholow.

Valérianate de zinc.	1 gr 25 centigr.
Extrait de noix vomique.	0 gr 30 centigr.
Extrait de gentiane	1 gr 25 centigr.

F. s. a. 20 pilules. — Une pilule trois ou quatre fois par jour, contre les douleurs névralgiques. — N. G.

COURRIER

Concours de l'internat. — Voici, sauf modifications, la liste des juges tirés au sort pour le concours de l'internat : MM. Siredey, Gallard, Descroizilles, Trélat, J. Championnière, Schwarz, Maygrier.

— MM. Le Roy de Méricourt et Legouest continuent à donner sur la santé de M. Rochard les bulletins les plus satisfaisants. Il paraît qu'il n'y a pas de fièvre et qu'aucune complication ne menace le malade. Nous sommes heureux d'avoir à enregistrer ces bonnes nouvelles, qui viennent d'être confirmées par M. Legouest à la séance de l'Académie du 2 octobre, accueillie par de chaleureux applaudissements.

— La mission Pasteur vient de quitter Alexandrie pour rentrer en France.

Administration générale de l'Assistance publique a Paris. — *Amphithéâtre d'anatomie* (année 1883-1884). — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 22 octobre, à l'amphithéâtre de l'Administration, rue du Fer-à-Moulin, n° 17.

Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant : 1° *Anato-*

mie topographique. — M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les lundis et vendredis;

2° *Physiologie.* — M. le docteur Le Bec, premier prosecteur, les mercredis et samedis.

3° *Anatomie descriptive.* — M. X..., deuxième prosecteur, les mardis et jeudis;

4° *Histologie.* — M. le docteur A. Siredey, chef du laboratoire, les mardis et vendredis, à deux heures.

Le Laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques.

Le Musée d'anatomie sera ouvert tous les jours, de une heure à quatre heures.

Ecole dentaire. — L'Ecole dentaire de Paris ouvrira ses cours de l'année scolaire 1883-1884 le lundi 5 novembre.

Les demandes d'admission doivent être adressées au secrétariat de l'Ecole, 23, rue Richer.

Nécrologie. — *Le docteur Payn.* — On lit dans la *Gazette médicale de l'Algérie* :

Un des vétérans de la médecine civile coloniale vient de s'éteindre à Constantine, où il était allé chercher un repos bien mérité, après une longue et laborieuse carrière, presque entièrement accomplie en Algérie.

Elève de la Faculté de médecine de Paris, qui le gradua docteur en 1836, Payn avait d'abord tenté de se créer une clientèle dans la capitale. Doué d'une nature généreuse, accessible aux attraits de la nouveauté et de l'inconnu, il se sentit bientôt attiré vers l'Algérie et ce fut dans les postes, alors peu habités et souvent peu sûrs, du Sahel, que nous le voyons débuter, plantant sa tente à Douëra, puis à Birkhadem, jusqu'au jour où l'organisation du service de santé de colonisation vint le fixer à Hussein-Dey. Il y exerça pendant de nombreuses années et quand son emploi fut supprimé, il ne quitta pas cette résidence, ayant obtenu, comme compensation, la place de médecin de la maison centrale de détention de l'Harrach, voisine de sa circonscription.

Homme de devoir et d'abnégation, Payn, qui, comme étudiant, s'était déjà signalé par son courage, durant l'épidémie cholérique de 1832, à Paris, ne faillit pas à ses instincts et à ses habitudes, pendant les quarante années de luttes qu'il eut à subir, non seulement contre les endémies algériennes, mais aussi contre les difficultés inhérentes à une colonisation au début. Apprécié pour ses qualités d'administrateur autant que pour ses mérites médicaux, maire de sa commune et chevalier de la Légion d'honneur, il a succombé, dans la plénitude de ses facultés morales, mais sourdement miné par l'âge et les fatigues accumulées du corps et de l'esprit.

C'est qu'au milieu de ses occupations professionnelles multiples, Payn ne s'était pas désintéressé de la science : il lui avait conservé le culte de la jeunesse et il aimait, dans de rares loisirs, à lui payer son tribut.

En adressant ici un dernier adieu à son confrère et coopérateur de la première heure, la *Gazette médicale de l'Algérie* ne saurait passer sous silence la collaboration qu'à ses difficiles débuts Payn s'empressa de lui apporter. Elle lui doit en effet : 1° Une *Note sur les Eaux du Sahel en général et celles du Foudouk en particulier*; 2° Une *Notice* très étendue *sur les Eaux minérales d'Hamman-Mélouane*; 3° Une étude sur *la Coqueluche, le croup et les bronchites au printemps de* 1856; 4° Des considérations pratiques sur *la présence des sangsues filiformes dans les réservoirs d'eau*; 5° Un *Episode humoristique de médecine coloniale*; 6° Des réflexions sur *les affections automnales endémiques en Algérie*; 7° Quelques considérations sur *le Cancer des lèvres chez les fumeurs.*

Les obsèques du docteur Payn ont eu lieu à Constantine. L'affluence y était grande. Sur le bord de la tombe, le docteur Hinglais, président de l'Association médicale du département, a prononcé, en termes chaleureux, l'éloge mérité du défunt.

Docteur A. Bertherand.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

La contagiosité du tubercule et ses conséquences cliniques.

Par le docteur Warlomont (de Bruxelles).

La découverte des propriétés contagieuses de la lésion anatomique désignée sous le nom de « *tubercule* », signalée par M. Willemin, le 5 décembre 1865, à l'Académie de médecine de Paris, a été un événement. Cependant, après quelques jours d'une hésitation qui se comprend, plus d'un s'est écrié : « *Je l'avais bien dit.* Ne sait-on pas, depuis Hippocrate, qu'entre époux la phthisie se gagne? »

Et tout fut dit pour assez longtemps. Quant à la question de savoir quel est, dans le tubercule, produit pathologique complexe, l'élément qui en constitue la virulence, on s'en était peu préoccupé, faute d'espoir sans doute de la pouvoir résoudre. Il fallut qu'apparût la doctrine parasitaire pour allumer des ardeurs de curiosité jusqu'alors fort assoupies. De ce moment, les recherches commencèrent dans une direction déterminée. Qui dit virulence dit vie; c'est le premier jet qui se projette de la doctrine. La génération spontanée est désormais un mythe, et cette conclusion doit être entendue dans toute sa rigueur. Rien de ce qui a vie dans la nature ne se crée, c'est-à-dire que rien ne se produit sans l'intervention d'un germe, pas plus le gigantesque iguanodon des temps anciens que l'insecte immonde qui pollue la chevelure de nos petits enfants.

Cela étant, il fallait rechercher quel est, pour le tubercule, le germe vivant qui le rend transmissible. Cette recherche aboutit, plus tôt peut-être qu'on ne l'avait espéré : en 1881, Koch décrivait la bacille de la tuberculose, étudiait la façon dont elle se comporte au sein des tissus où, épine ennemie, elle ne tarde pas à s'entourer de productions spéciales, réussissait à isoler ce nouveau schizomycète, à le cultiver en dehors de l'organisme

FEUILLETON

CAUSERIES

Le *Phare d'Alexandrie* du 20 septembre nous a rendu compte des obsèques magnifiques qui ont été faites à notre malheureux compatriote M. Thuillier. Certes si les regrets éprouvés par la famille et les amis d'un tel mort peuvent être adoucis, c'est à coup sûr par le récit des honneurs rendus à M. Thuillier par l'aristocratie intellectuelle d'Alexandrie presque tout entière.

La colonie française au complet, un assez grand nombre de membres des colonies étrangères, le corps médical de la ville en entier, le conseil quarantenaire, sont venus saluer le cercueil. S. Ex. le gouverneur a fait parvenir à M. Straus les regrets de S. A. le khédive pour la perte de ce jeune savant mort en Egypte, pour l'Egypte, et s'est fait représenter aux obsèques par le sous-préfet de police et un autre grand personnage. Une garde de 20 hommes avait été envoyée par S. Ex. le gouverneur à la maison mortuaire, mais M. Straus, désirant enlever tout caractère officiel aux obsèques de son ami, n'a pas permis qu'elle accompagnât le corps au cimetière.

Au milieu de tous ces hommages, le plus significatif et le plus touchant peut-être est celui qui a été rendu par la mission sanitaire allemande.

On sait qu'elle est dirigée par M. le docteur Koch, l'adversaire en microbiologie de M. Pasteur, mais l'adversaire loyal, comme sa conduite, dans cette circonstance, l'a démontré.

animal et à faire, des produits de cette culture, une véritable semence à tubercules.

De ce moment, la notion tubercule se trouva définie : il y avait des tubercules vrais et des tubercules faux; au centre des premiers se trouvait — c'en était la condition essentielle — une bacille, germe vivant susceptible de reproduction; au milieu des autres, un corps étranger indéfini ayant pu se produire, et s'étant produit spontanément le plus souvent, et de toutes pièces, dans les organes du malade.

La notion que la plupart des maîtres de la clinique se font encore actuellement de la nature et de la genèse du tubercule ne comprend pas cette distinction; le tubercule se résume, pour eux, tout entier, dans la seconde de ces deux conceptions, dont M. Bouchardat a, tout récemment, dans une note à laquelle il déclare avoir apporté tout le soin dont il est capable, exposé comme suit les termes principaux (1) :

« Le caractère de la misère physiologique, c'est la continuité dans l'insuffisance de la production de la chaleur ou de l'exhalation de l'acide carbonique, eu égard aux besoins de l'organisation.

« Cette diminution se lie fatalement, nécessairement, à l'insuffisance de la respiration. Tous les cliniciens ont constaté, chez les phthisiques au début, que la respiration est moins active, surtout au sommet des poumons. Le murmure respiratoire est notablement affaibli. La circulation a, par ce fait, progressivement diminué d'intensité, surtout dans les capillaires de la région sous-claviculaire des poumons ; précisément où les tubercules apparaissent le plus souvent au début de la maladie.

« Sous l'influence de l'amoindrissement de la circulation, les cellules lymphatiques, ou d'autres organites du sang ou de la lymphe adhérant aux parois des capillaires, déterminent leur élargissement. La cellule lymphatique étant, plus que tout autre, apte à émettre des prolongements, doit être surtout mise en cause.

« La circulation s'arrête dans les capillaires, le sang se coagule, les globules rouges se dissolvent, leur hémoglobine colore plus ou moins le coagulum, dans lequel la fibrine passe à l'état granuleux. C'est ce qui a été constaté par MM. Cornil et Ranvier.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine de Paris,* 4 septembre 1883.

A la nouvelle de la catastrophe, M. Koch et ses collaborateurs se sont rendus auprès des membres de la mission française pour leur exprimer la part qu'ils prenaient à leur affliction. Au moment de la levée du corps, ces messieurs ont attaché eux-mêmes sur le cercueil deux couronnes. « Ces couronnes sont bien simples, a dit M. Koch, mais ce sont des couronnes de lauriers, récompense décernée aux héros. »

Le deuil était conduit par les amis désolés du défunt, MM. Straus, Roux et Nocart, accompagnés de plusieurs médecins éminents d'Alexandrie, entre autres MM. Ardouin, Chaumery, Arnaud, Zancarolle, etc. Une foule compacte suivait le cortège.

Sur la tombe, M. Raindre, consul général de France en Egypte, a prononcé le discours suivant :

« Messieurs,

« L'hommage suprême que nous venons porter sur cette tombe a quelque chose de particulièrement douloureux. Notre jeune et savant compatriote a péri victime de son généreux dévouement, loin de son pays, loin des siens. Comme représentant de la France, j'ai le triste honneur de lui dire un dernier adieu au nom de notre colonie et au nom des absents qui le pleureront demain dans la mère patrie.

« Messieurs, la France a souvent fait don des plus savants et des plus braves parmi ses enfants, au pays égyptien. Elle l'a toujours fait sans compter, par sympathie instinctive, avec une générosité supérieure à toute espèce de récompense. Cette noble tradition vient de recevoir une consécration nouvelle par la mort de M. Thuillier sur le plus pénible des champs de bataille. Puisse l'honneur d'une telle perte, non pas nous consoler, mais du

« On comprend sans peine que la production tuberculeuse s'étende de proche en proche, enveloppant les éléments voisins. Les *bacilles* se répandent au dehors ; d'abord à l'extérieur des capillaires, où elles se sont développées. Elles se propagent ensuite et contribuent à former les granulations grises de Laennec ; puis, par un envahissement progressif du tissu du poumon, les alvéoles et leurs parois y sont incorporées pour constituer d'énormes masses tuberculeuses.

« Par le fait de l'insuffisance de la circulation au sommet des poumons, des cellules lymphatiques, ou d'autres organites normaux, s'arrêtent daus les capillaires, les dilatent, les obstruent, y prolifèrent, *s'y transforment*.

« Ces cellules ne sont plus soumises à leurs conditions normales d'existence, elles s'isolent du grand tout, qui constitue l'agrégat humain; elles ont une vie à part, comme des parasites, dans les vaisseaux, dans les organes qu'elles ont envahis. Ces conditions nouvelles développent en elles des formes, des aptitudes nouvelles. Dans cette lutte pour la vie avec les organismes divers du sang et des tissus, leur puissance individuelle s'est accrue, *elles constituent les parasites que M. Koch a découverts, qui ne viennent pas du dehors, mais qui se sont produits par la transformation d'organites dont les conditions ont changé.* »

Et M. Bouchardat, après avoir ainsi pétri, ciselé ses bacilles et, nouveau Pigmalion, les avoir animées du feu sacré, conclut comme suit : « Ce n'est pas contre le parasite du dehors qu'il faut s'armer, c'est contre le parasite qui s'engendre au dedans; celui-là, il faut l'empêcher de se produire. »

Rien de mieux, en effet, mais cette *animation*, si je puis ainsi m'exprimer, des organites par voie de transformation interstitielle, c'est simplement de la génération spontanée. M. Bouchardat y a-t-il bien pensé et ne devait-il pas, avant de donner le vol à semblable idée, avant de proclamer la transformation de ses organites en bacilles « qui ne seraient autre que le parasite de Koch (!) » les mettre en situation de croître et de multiplier, et, les isolant du « grand tout qui constitue l'agrégat humain », voir comme ils se comportent en cabinet particulier. On prouve le mouvement en marchant, mais n'est-ce pas en faisant souche qu'on prouve le mieux la vie. Cette démonstration manque, et, du coup, la tuberculose fausse en vient à se placer d'autorité à côté de la tuberculose vraie. Les

---

moins mêler une légitime fierté à nos regrets et à ceux des éminents compagnons de M. Thuillier que je salue au nom de tous. »

Le docteur Chaumery, représentant du corps médical, a pris ensuite la parole en ces termes :

« Messieurs,

« Représentant officiel de la médecine française en Egypte, le douloureux honneur m'incombe d'adresser le dernier adieu à Thuillier; mais, devant la tombe prématurément ouverte à ce jeune martyr de la science, j'éprouve une indicible émotion. Je pleure cette existence si courte, si pleine d'espérances et sitôt moissonnée.

« Louis Thuillier est né à Amiens, en 1856, d'une famille universitaire; à la fin de ses études, il fut reçu à l'Ecole normale supérieure et en sortit le premier de sa promotion comme agrégé à l'Université pour les sciences physiques.

« Il entra bientôt au laboratoire de l'illustre M. Pasteur en qualité de préparateur et fut un de ses collaborateurs les plus distingués en s'associant à ses remarquables découvertes; les annales scientifiques contemporaines ont relaté bien souvent ses travaux sur la rage, sur le rouget et la fièvre typhoïde des chevaux, dans lesquels le jeune savant répandait à pleines mains des semences fécondes pour l'avenir de la science.

« Il fut chargé à diverses reprises de missions scientifiques en Hongrie et en Allemagne; chacune de ces missions mit en lumière les qualités maîtresses qui le distinguaient, observation sûre et profonde, aptitudes spéciales, travail infatigable poursuivi avec la modestie et la ténacité qui caractérisent le vrai savant.

« Envoyé en Egypte par M. Pasteur pour y étudier le choléra avec MM. Straus, Roux

microzymas de M. Béchamp, — et l'on sait que le savant médecin de Lille entend sous ce nom des particules organisées représentant l'élément vivant *per se* de nos tissus, et qui seraient des germes de bactéries susceptibles de se métamorphoser en microbes (!) morbides, hypothèse qui n'a pour elle que la côte d'Adam, — ne s'éloignent guère de l'idée de M. Bouchardat et n'échappent pas davantage aux considérations que nous venons de faire valoir et aux conséquences qui s'en dégagent.

Il faudra plus que ces vues de l'esprit pour faire revivre les anciennes idées sur la génération spontanée, si véhémentement condamnées par la philosophie et la science modernes.

La bacille de Koch, croissant et multipliant, et que nul ne songe plus à nier après la démonstration qui s'en fait journellement, engendre le tubercule spécifique; c'est de celui-ci que naît une phthisie virulente, causée par l'ennemi venu du dehors, caractérisée par les symptômes classiques, et qui, surtout ouverte, exhalera à son tour des légions de ce même ennemi, lesquelles répandront la maladie et la mort parmi ceux qui lui auront imprudemment ouvert leur porte ou qui n'auront pas su se défendre de leurs atteintes. Et à côté de celle-là viendra se placer une phthisie non virulente, fruit de la misère physiologique, innée ou acquise, et de ses conséquences. L'examen microscopique ne sera sans doute pas impuissant à les différencier cliniquement, et ce ne sera pas, pour la science du diagnostic, une médiocre conquête.

Cette distinction, fondée tant sur la clinique que sur l'anatomie pathologique, est de nature à faire cesser bien des divergences.

Les maîtres en clinique affirment, et M. Bouchardat écrit : que la phthisie appartient au groupe des maladies contagieuses les moins à redouter, par l'invasion d'un parasite tenu au dehors « que ce n'est que très exceptionnellement qu'on devient tuberculeux par cette cause ». Exceptionnellement, soit, mais alors le fait n'est plus nié et ce n'est désormais qu'une question de proportionnalité entre les cas créés de toutes pièces et ceux nés d'une intervention venue du dehors. Dans de semblables conditions, l'entente cesse d'être difficile.

On semble, dans toute cette affaire, s'être trop peu préoccupé de la nature exclusivement *virulente* de la tuberculose ; virulente à la façon de la syphilis et non à celle de la variole, qui est en même temps infectieuse. Jusqu'ici

---

et Nocard, qui pleurent aujourd'hui leur ami dévoué et leur collaborateur intelligent, il arrivait à peine d'un voyage dans le Delta, où il avait recueilli des éléments importants pour l'histoire de la peste bovine, lorsqu'une mort prématurée l'a saisi à 27 ans, en pleine possession de ses facultés, et il a succombé à une attaque foudroyante de la maladie qu'il était venu combattre.

« Je reconnais avec une profonde douleur que, dans cette lutte corps à corps avec le fléau redoutable, le savant a été vaincu : défaite glorieuse s'il en fut jamais.

« Dans les quelques jours qu'il nous a été donné de le connaître, nous avons tous apprécié sa nature franche et sympathique; aussi je proclame hautement que, dans la perte de celui que nous accompagnons aujourd'hui à sa dernière demeure, il y a un deuil pour les Français d'Egypte, un deuil pour la science française, un deuil éternel pour sa famille, à laquelle nous envoyons respectueusement l'expression de nos regrets et de notre douleur.

« Adieu, Thuillier, ton nom inscrit au martyrologe de la science restera éternellement gravé dans les annales et dans notre souvenir. »

M. le docteur Hassan-Pacha a dit ensuite un dernier et touchant adieu à son collègue français, et enfin M. le docteur Ardouin-Bey a prononcé l'allocution suivante :

« Au tribut de regrets que l'on vient de donner au membre de la mission médicale française, au savant qui vient de perdre si fatalement la vie en accomplissant son œuvre de dévouement, je joindrai celui qui revient à l'homme privé, à la personnalité sympathique que nous pleurons tous.

« Je parlerai au nom de l'amitié.

la tuberculose par voie d'absorption générale reste à démontrer. Pour contracter la syphilis, il faut le contact du poison avec une partie dénudée du corps humain. La couche épidermique et la couche épithéliale sont la barrière naturelle opposée par l'organisme à ses invasions. En matière de tuberculose, la contagion ne se produit pas autrement. Des imprégnations obtenues par l'inoculation de bacilles *cultivées en dehors de l'organisme*, et l'on n'en est plus à les démontrer, prouvent que la phthisie peut être créée de toutes pièces par un ennemi venu du dehors.

Comment se comporte cet ennemi mis en rapport avec une partie dénudée? Eh bien, toujours ses produits se manifestent à la porte d'entrée. C'est au lieu où la bacille, isolée ou englobée des exsudats qu'elle a fait se développer autour d'elle, a été appliquée, qu'elle prolifère. C'est d'abord un nodule qui grandit sans s'ouvrir et se transforme en un ulcère plan à surface sèche, suivi de la pléiade pathognomonique. S'agit-il d'une tuberculose par voie d'inhalation, c'est dans le poumon, et spécialement dans les points où se remarque une déperdition de l'épithélium protecteur des muqueuses, que va se fixer, de toutes pièces, la bacille génératrice du néoplasme. Le terrain du sujet est-il favorable à sa germination, — et c'est le propre des organismes en proie à la misère physiologique, — il sera bientôt occupé et envahi. Y est-il, au contraire, récalcitrant, — et c'est le fait des organismes riches — l'ennemi en sera pour ses frais; il sera repoussé avec perte ou bientôt expulsé, s'il était parvenu à franchir les premières lignes, par des forces supérieures. Enfin, il est naturel de penser que, dans les cas ainsi infligés de toutes pièces, l'ennemi se fixera définitivement aux lieux de sa première étape pour déterminer, si c'est au larynx, une phthisie laryngée, une phthisie pulmonaire, si c'est à un point quelconque de l'arbre bronchique ou de ses terminaisons ultimes.

Si l'on tient compte de ces conditions essentielles à la production de la tuberculose par germe venu du dehors, on s'explique sans peine que la contagion par voie d'habitat ne s'effectue guère que d'époux à époux. Ici, tout se réunit pour que la bacille hébergée dans le poumon ou le larynx du malade soit envoyée dans les organes respiratoires du voisin de lit, à chaque expiration du premier, à chaque inspiration de l'autre. Que celui-ci, par le fait d'une inflammation ulcéreuse de la muqueuse, soit du larynx,

---

« J'ai connu Louis Thuillier, je l'ai soigné, je l'ai aimé.

« J'ai pu, en effet, en peu de temps, apprécier les qualités dont il était doué.

« Thuillier n'avait pas seulement les mérites que donnent un grand savoir, une érudition vaste et solide, c'était un caractère. Franc, loyal, homme de cœur dans toute l'acception du mot, il était infatigable au travail, d'une bonté et d'une modestie rares.

« Le plus bel éloge que l'on puisse faire de notre regretté compatriote, c'est que tous ceux qui l'approchaient devenaient ses amis. Thuillier, ton souvenir restera impérissable dans nos mémoires et dans nos cœurs. Ami, adieu! »

*
* *

Ce numéro du *Phare d'Alexandrie* est réellement rempli de choses intéressantes. Les Anglais n'ont pas amené que le choléra en Egypte, ils y ont aussi créé des établissements de bienfaisance, mais ils paraissent laisser fort à désirer, d'après le fait suivant que rapporte le journal que nous avons sous les yeux :

« Le Consulat d'Angleterre touche une subvention de 300 livres sterling (7,500 fr.), qui devraient être affectés à l'envoi dans les hôpitaux des malades pauvres de nationalité britannique et au soulagement de l'indigence.

Or, presque chaque fois qu'un malade nécessiteux se présente pour demander qu'on lui accorde son entrée gratuite à l'hôpital, il voit refuser sa requête sous prétexte qu'il n'y a pas d'argent en caisse.

Il est même arrivé ceci, c'est que pendant l'épidémie dernière, des Anglais ont dû recevoir les secours du Comité italo-franco-égyptien. Il est véritablement étrange que

soit des bronches, offre ainsi une porte ouverte à l'ennemi, celui-ci n'aura pas de peine à y faire son œuvre.

Et c'est parce qu'il faut ce concours de circonstances pour que la tuberculose puisse s'introduire, puis se faire accepter, que : « les élèves, les infirmiers, les surveillantes, les sœurs qui sont continuellement dans les salles d'hôpitaux, où les phthisiques sont nombreux, et dans l'hôpital de Londres exclusivement consacré à ces malades, ne sont pas plus atteints et moins peut-être en moyenne que les citoyens du même âge (1) ». Entre eux tous, en effet — en admettant encore que le fait soit établi et il s'en faut — le commerce intime dont nous venons de parler n'existe pas. Qu'on n'oublie pas, d'autre part, que ceux-là qui, par état, sont le plus continuellement en rapport avec les malades — infirmiers, sœurs de nos hôpitaux, civils ou militaires — sont, en général, triés sur le volet. Ce n'est pas de la chair à tubercules qu'on y enrôle d'ordinaire, et ce n'est pas d'eux qu'il faut craindre trop de facilité à se prêter à une dangereuse invasion.

La constatation du mode suivant lequel s'effectue la transmission de la phthisie entre époux, — par la voie buccale — mène à des prescriptions qu'il ne faut pas négliger, qui se devinent, et qui ne sauraient être assez pressantes, surtout quand la maladie est déjà avancée, que le foyer en est béant et que celui des deux époux qu'il s'agit de préserver est lui-même d'une constitution moins propre à résister à la contagion. En cas d'irritation ou d'inflammation des voies respiratoires, voire d'un simple rhume, les précautions doivent redoubler. Elles doivent s'étendre, dans une certaine mesure, si cette dernière circonstance existe, à toutes les personnes, parents, garde-malades, médecins, appelées à soigner de près des personnes atteintes de tuberculose, surtout si celle-ci est « ouverte ».

On s'est demandé si la découverte de la bacille du tubercule avait quelque chance d'amener celle de son « vaccin ». On ne se fait guère d'illusion à cet égard. On ne saurait oublier, en effet, que la tuberculose est une maladie à longue portée, fréquente en récidives, entretenue par un germe à longues somnolences et à réveils à répétition. Comment espérer, dès lors, arriver à en fatiguer l'économie par des invasions de germes atténués,

(1) Bouchardat. *Loc. cit.*, p. 1058.

---

les sujets d'une puissance aussi considérable que l'Angleterre, en soient réduits à chercherdu secours auprès des colonies étrangères. »

Etrange! mais pas trop: pourquoi la misère anglaise serait-elle soulagée en Egypte, alors qu'elle est si florissante, comme misère s'entend, à Londres même?

Il paraît qu'il existe encore en Egypte en ce moment une maladie plus grave encore pour le pays que tous les fléaux qui viennent d'y sévir successivement : le typhus bovin, l'insurrection, le massacre, l'incendie, le débarquement, la guerre, le choléra lui-même! Il s'agit d'une épidémie *réformoïde* qui vient de se déclarer au Caire, dit le spirituel rédacteur du *Phare*, et qui sévit contre les Anglais.

Le malade a une idée de réforme, fait un rapport sur une question à laquelle il est absolument nécessaire qu'il n'entende pas le premier mot, sans cela il manquerait d'impartialité.

Le projet écrit, comme il est fait en vue du bonheur de l'Egypte, on l'envoie directement à la reine d'Angleterre qui l'approuve, après quoi, — sauf dans les cas de maladie réformoïde obstinée, — le malade émarge une forte somme payée par le gouvernement égyptien, retourne dans son pays et est remplacé par un autre qui fait exactement la même chose.

Telle est la marche de cette étrange affection Suivent les noms des malades, qui sont ceux de tous les prétendus administrateurs anglais envoyés en Egypte.

Allons, il paraît que tout n'est pas rose dans ce malheureux pays, malgré l'intervention du peuple le plus civilisé de l'univers! Si au moins l'hygiène s'y améliorait!

SIMPLISSIME.

alors qu'elle supporte, pendant des vies souvent assez longues, une infiltration, parfois étendue, du germe viril lui-même.

Dans un travail récent. M. J. Renaut (1) soulève la question : « L'étude « biologique des parasites tuberculisateurs, dit-il (p. 440), étant poursui- « vie et achevée, on pourra poser le problème de la *préservation* plutôt « peut-être que celui d'une vaccination que ne nous fait pas prévoir la « marche bien connue de l'infection tuberculeuse. Rendre un milieu orga- « nique impropre à la culture d'un parasite en l'imprégnant d'une subs- « tance incompatible, comme l'a fait M. Raulin pour l'aspergillus, telle « est peut-être la véritable voie de l'avenir pour les maladies infectieuses « qui, comme l'érysipèle et la tuberculose, ne vaccinent pas, mais, au con- « traire, prédisposent au plus haut degré l'organisme atteint une pre- « mière fois. »

Le fait auquel M. Renaut fait allusion a été rapporté par M. Duclaux : c'est une expérience de laboratoire qui rend bien sensible la fragilité des germes, leurs exigences nutritives et leur extrême impressionnabilité. Un liquide de culture contient un cinquante-millième de zinc; une ou deux générations d'*aspergillus* absorberont complètement ce métal et rendront chétive ou impossible l'existence d'une nouvelle génération.

« Dans un tel liquide, dit M. Duclaux, un nouvel ensemencement, j'allais dire une nouvelle inoculation, resterait sans effet. » — « Ajoutons, continue-t-il, un seize-cent millième de nitrate d'argent au liquide nourricier, et la végétation s'arrête brusquement. Elle ne peut pas même commencer dans un vase d'argent, bien que la chimie soit presque impuissante à montrer qu'une portion de la matière du vase se dissolve dans le liquide; mais la plante l'accuse en mourant. Supposons que l'aspergillus soit un parasite humain, pouvant vivre et se développer dans l'organisme et l'envahissant tout entier, la quantité de nitrate d'argent nécessaire pour le faire disparaître du corps d'un homme pesant 60 kilogrammes serait de 40 milligrammes. S'il ne pullulait que dans le sang, 5 milligrammes suffiraient pour arrêter le développement d'un être aussi sensible. »

Nous croyons, comme M. Renaut, que là est la véritable voie de l'avenir pour la prophylaxie de plus d'une maladie virulente.

Qui nous dit que la syphilis, que la malaria, ou que la fièvre paludéenne allant frapper à la porte de sujets imprégnés, au titre voulu, de mercure, d'eucalyptine ou de quinquina, ne se verraient pas refuser l'entrée. La pharmacie fournirait ainsi des vaccins à son tour. M. Melsens, d'ailleurs, a déjà montré cette piste, en conseillant d'imprégner d'iodure de potassium, pour les préserver de l'hydrargyrisme, les ouvriers exposés, par profession, aux émanations mercurielles.

Il y a, en médecine, une école dite positiviste qui ne se paie pas de mots En qualité d'ophthalmologiste, j'y appartiens de droit, et cependant je ne recule pas devant les conjectures. L'hypothèse n'est-elle pas la matière première de l'expérimentation?

(1) *Gazette médicale de Paris,* 15 septembre 1883.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

La maladie et la mort de M. Thuillier. — Dans une lettre de M. Roux à M. Pasteur, nous trouvons les détails suivants sur les circonstances dans lesquelles M. Thuillier a succombé :

Le 14 et le 17 septembre, il avait assisté à des autopsies de peste bovine. « A trois « heures du matin, raconte M. Roux, il va à la garde-robe; il se sent très mal et entre « dans notre chambre en criant : « Roux, je suis très mal! » et il tombe sur le plancher; « il avait le visage pâle et suant, les mains froides comme un homme qui a une syn- « cope... A cinq heures, il eut une selle diarrhéique abondante et vomit son dîner de la

« veille comme il l'avait ingéré... A sept heures, il me paraît plus mal; il se plaint du « froid. Une nouvelle selle survient. Straus et moi avons besoin de le soutenir.

« A partir de ce moment, tout se précipite. La médication la plus énergique a beau « être appliquée, à huit heures, on peut le considérer comme mort. Crampes des mus- « cles des jambes, des cuisses, du diaphragme, altération de la face, selles involon- « taires; rien ne manque au tableau du choléra le plus effroyable...

« ..... Tout est mis en œuvre avec l'ardeur et la foi de ceux qui sont décidés à tout « pour repousser la mort. La respiration est pénible; mais, grâce aux frictions, la tem- « pérature ne baisse pas. »

Malgré l'emploi d'une médication énergique (éther, champagne, opiacés), et malgré le dévouement de ses amis, et de tout son entourage, M. Thuillier succombait le lendemain matin 19 à l'asphyxie contre laquelle on luttait depuis vingt-quatre heures. Il y avait quinze jours qu'on n'avait de cholériques ; de plus, comme nous l'apprend M. Roux, de tous les membres de la mission, M. Thuillier « prenait le plus de précautions, il était d'une minutie irréprochable. » — C. E.

CONGRÈS INTERNATIONAL DES MÉDECINS DES COLONIES

Tenu à Amsterdam les 6, 7 et 8 septembre 1883.

Ce Congrès, auquel plus de deux cents membres nationaux et étrangers ont pris part, a tiré son principal intérêt des communications qui ont été faites sur le rôle des quarantaines dans la préservation des maladies contagieuses, sujet plein d'actualité, comme on sait. Parmi les membres les plus connus qui ont assisté au Congrès, nous citerons les délégués officiels des divers gouvernements : MM. da Silva Amado, professeur d'hygiène à l'École de médecine de Lisbonne; Fayrer, chirurgien général, médecin du ministère d'Etat pour les Indes; de Chaumont, professeur d'hygiène à Netley; Sydney Jones, délégué de la Nouvelle-Galles du Sud; Le Roy de Méricourt, médecin en chef de la marine; Vincente Cabello, médecin-major de l'Espagne; Phibata, représentant officiel du Japon.

Le Congrès avait été organisé sous l'inspiration de l'Association néerlandaise pour l'avancement des sciences, et en particulier de M. Menno Huizinga, par un comité ayant pour président M. le docteur Stokvis, et pour secrétaire général M. le docteur van Leent.

La séance d'ouverture eut lieu le jeudi 6 septembre, à midi, dans une salle de *Felix Meritis*, l'une des principales Sociétés scientifiques d'Amsterdam; diverses autorités de la ville, le bourgmestre en tête, y assistaient.

Après avoir souhaité la bienvenue à tous les membres présents, M. Stokvis met aux voix la nomination du bureau définitif; à l'unanimité, l'assemblée confirme dans leurs fonctions les membres du bureau provisoire, puis M. le bourgmestre d'Amsterdam remercie les savants de l'honneur qu'ils font à la ville qu'il représente, et les invite à une réception officielle qui eut lieu le soir à l'Hôtel de ville.

M. Stokvis, dans son discours d'inauguration, retraça l'histoire de la *médecine des colonies,* dont il ne voudrait pas faire une *spécialité médicale,* mais qui cependant est véritablement une branche à part de la médecine. Sans méconnaître les travaux des médecins espagnols et portugais du XVI[e] siècle sur les maladies des colonies, on peut dire que les premiers qui étudièrent le mieux ces maladies furent deux Hollandais : Jacobus Bontius et Gulielmus Piso. Le premier, envoyé aux Indes en 1627, laissa un livre intitulé : *Methodus medendi in India;* le second, docteur de la Faculté de Caen, fut envoyé au Brésil, et le résultat de son séjour dans ce pays fut l'ouvrage : *Brazilia medica et naturalis.* Il était donc juste, conclut M. Stokvis, que la Hollande, mère de la médecine coloniale, fût le pays où le premier Congrès de médecins des colonies dût avoir lieu.

Il y eut ensuite trois séances générales, le jeudi 6, le vendredi 7 et le samedi 8 septembre. Les matinées du 7 et du 8 furent consacrées à des séances de sections.

Les questions à discuter en séance générale avaient été désignées d'avance, et furent l'objet de rapports de la part de membres très compétents dans chaque question.

M. da Silva Amado, de Lisbonne, avait eu en partage l'hygiène des professions, cultures et métiers insalubres dans les colonies.

Parmi les préceptes hygiéniques applicables aux diverses industries des colonies, les uns sont communs à tous les individus, d'autres dérivent des conditions mésologiques, d'autres enfin dépendent des conditions individuelles (race, acclimatement, etc.). Ces industries elles-mêmes comportent une hygiène particulière suivant qu'elles sont : intellectuelles, militaires, mécaniques ou exercées à l'air libre (culture, chemins de fer). Nous ne pouvons qu'indiquer ces divisions, à propos desquelles M. da Silva Amado est

entré dans des détails intéressants sur les moyens propres à réduire à son minimum la mortalité énorme des Européens aux colonies et d'arriver à leur acclimatement.

Le même sujet a été traité sous une autre forme par M. van Overbeek de Meijer, professeur d'hygiène à l'Université d'Utrecht. Etudiant la colonisation européenne dans les pays chauds, il a montré que les tentatives faites jusqu'à ce jour dans les plaines ont conduit fatalement à une mort prématurée quand les colons ont dû remanier des terrains vierges ou cultiver le sol; — que sur des hauteurs de 1,000 à 1,500 mètres au-dessus du niveau de la mer la colonisation est possible quand les colons s'abstiennent de remanier des terrains vierges et de déboiser le sol ; — que la femme européenne se flétrit rapidement dans les pays chauds, et qu'elle y devient impropre à la reproduction. La colonisation des hauteurs paraît seule présenter des garanties sérieuses de succès et encore n'est-ce que pour les Européens mâles et adultes.

Quant à la prétendue aptitude de la race germanique à coloniser les pays chauds, les expériences faites en Algérie à diverses reprises, et au Brésil en 1874-1875, ont démontré qu'il n'en était rien.

M. le docteur Catrin, médecin-major de l'armée française, et sir J. Fayrer ont appuyé de leur expérience les conclusions du rapporteur relatives à l'influence funeste du déboisement, des nuits passées en plein air, etc., sur la santé des colons et sur la difficulté d'acclimater dans les pays chauds les enfants des militaires venus d'Europe.

Un travail de M. Rey, médecin principal de notre marine, lu par M. le Président, confirme encore ces données, et prouve en outre que l'acclimatement de la race blanche dans les pays froids n'est possible et durable que grâce à l'hygiène, et à condition que le colon soit originaire d'une zone thermique voisine de celle à laquelle appartient le lieu de sa nouvelle résidence.

La seconde assemblée générale a fait involontairement songer à une des dernières séances de notre Académie de médecine. Il s'agissait de discuter sur l'utilité des quarantaines, aussi un grand nombre de Hollandais, médecins et commerçants, s'étaient-ils empressés de se rendre au Congrès.

Nous avons retrouvé là les deux opinions qui ont été défendues récemment par nos académiciens, et elles ont eu le même sort : l'une, favorable aux quarantaines, a été soutenue et admise par les médecins français, espagnols, hollandais, portugais; l'autre, défavorable à cette mesure, n'a eu pour partisans que les médecins anglais, qui d'ailleurs ont tous parlé dans le même sens avec un ensemble qui sentait un peu trop la consigne. En France, nos hygiénistes sont en grande majorité pour ou en petite minorité contre les quarantaines; en Angleterre, tous sont contre; s'il y a des exceptions, elles sont moins nombreuses encore en faveur des quarantaines qu'en France contre celles-ci.

Les arguments apportés par les médecins anglais ne sont ni nouveaux ni concluants. M. le docteur de Chaumont, professeur d'hygiène à l'Ecole de Netley, pense que, quelles que soient la cause et l'origine du choléra, les quarantaines ne peuvent rien contre lui. Non seulement elles n'ont pu s'opposer à sa propagation, mais elles ont été nuisibles aux populations en les parquant dans un espace limité par les cordons sanitaires.

M. le docteur Lewis, qui a vécu plus de quatorze ans aux Indes, n'a jamais vu un cas de contagion. Sir John Ewart, qui a assisté à une épidémie à Calcutta, n'a jamais vu la contagion ni parmi les soldats ni parmi les étudiants. Le docteur Fayrer dit avoir eu lui-même le choléra, alors que personne dans son entourage n'était atteint, et il a vécu au milieu de cholériques sans être attaqué. C'est à se demander si les médecins anglais comprennent le choléra comme leurs confrères des autres nations.

Tous ceux d'entre eux, en effet, qui ont pris la parole dans la discussion ont été d'un avis contraire.

M. le docteur van Leent, dans un rapport extrêmement net et précis, a démontré que, suivant la remarque de M. Fauvel passée à l'état d'aphorisme, jamais, en Europe, il n'y a eu de choléra sur un point sans qu'un navire contaminé y soit venu, et que les quarantaines sérieuses, rigoureuses, n'ont jamais failli au but proposé : défendre un port, une ville, une contrée, une population enfin, contre l'invasion d'une maladie contagieuse. M. da Silva, de Lisbonne, et M. V. Cabello, de Madrid, sont du même avis.

M. Le Roy de Méricourt a cité en faveur des mêmes opinions des faits sans réplique. S'appuyant sur les travaux d'un éminent hygiéniste anglais, M. Smart, inspecteur général du service de santé de la marine, il a en quelque sorte battu ses adversaires avec leurs propres armes. M. Smart a, en effet, démontré, dans un mémoire lu en 1873 à la Société épidémiologique de Londres, que les idées de M. de Chaumont sur l'inefficacité des quarantaines étaient fausses. En invoquant ce qui se passe dans les îles, qui se prêtent admirablement à l'analyse des succès et des insuccès des mesures d'isolement, il a fait voir que celles qui ont maintenu exactement les quarantaines ont été préservées,

et que celles qui ne les ont pas appliquées ont été infectées. Par exemple, la Réunion a pu éviter le choléra par les quarantaines, alors que Maurice, non contagioniste d'opinion, était ravagée par le fléau; la Grande Comore, en s'isolant, a eu le même privilège que la Réunion, alors qu'autour d'elles les Petites Comores partageaient le sort de Maurice.

Donc, deux camps divisés sur la question de l'efficacité des quarantaines, soit contre le choléra, soit contre la fièvre jaune.

Quant à la manière dont les quarantaines sont appliquées, tout le monde a été d'accord : elles sont mal organisées; on peut passer à travers, et même M. Boissevain, directeur de la Compagnie de navigation à vapeur *Nederland*, les a comparées à un parapluie tellement troué qu'il devient un embarras et ne préserve pas de la pluie. A Suez, en particulier, elles sont sans effet contre les épidémies, et jamais, grâce aux pots-de-vin, un inspecteur quarantenaire et un capitaine n'ont pu se regarder sans rire.

Mais, comme a très bien dit M. van Leent, et après lui d'autres orateurs, si les quarantaines ne garantissent pas toujours, il ne s'ensuit pas qu'il faille les supprimer, les abolir; il est préférable de les améliorer. En attendant, a demandé M. da Silva Amado, il faut désinfecter, et il n'a pas manqué de reprocher en passant aux Anglais, qui, chez eux, ont édicté une loi pour la désinfection des maisons qui ont été habitées par certains malades, et même les fiacres qui ont transporté ceux-ci à l'hôpital, de ne pas vouloir désinfecter les navires, vastes maisons aux mille anfractuosités, maisons fermées, a dit M. Le Roy de Méricourt, qu'on débouche comme une bouteille en arrivant au port; mais alors il en sort toutes sortes de miasmes, sans qu'il y reste même l'espoir d'une sauvegarde contre les contagions à venir.

On a beaucoup remarqué le silence gardé dans cette discussion par les médecins allemands.

A suivre.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. le Secrétaire perpétuel annonce à l'Académie la perte douloureuse qu'elle vient de faire dans la personne de M. *Joseph-Antoine-Ferdinand Plateau*, correspondant de la section de physique, décédé à Gand le 15 septembre 1883.

M. Faye, à l'occasion de cette triste nouvelle, rappelle sommairement à l'Académie les travaux de son célèbre et regretté correspondant :

M. Plateau était un des savants étrangers les mieux connus en France. Dans nos nombreux collèges ou lycées, il n'est pas de classe de physique où ce nom ne soit cité chaque année avec honneur, pas de cours de faculté où quelques-uns de ses travaux ne soient exposés et applaudis. L'un de ses premiers mémoires porte sur un sujet fort obscur qu'il a complètement élucidé par des expériences ingénieuses et décisives, l'irradiation oculaire. Les derniers ont eu pour but la formation des lames minces liquides et leur étude à la fois géométrique et mécanique. M. Plateau a été conduit à l'étude des lames minces par la considération de simples bulles de savon, où déjà Newton avait trouvé le sujet de si magnifiques recherches d'optique. M. Plateau a mesuré la tension de ces lames ; il a déterminé les lois de leur groupement lorsqu'on en forme des édifices polyédraux ; il en a fixé la nature géométrique lorsque, en détruisant l'édifice qu'elles forment, on les force à prendre des figures courbes où la somme des rayons de courbure principaux doit être constante ou bien nulle. Rien de plus frappant que les expériences qu'un professeur de faculté répète devant son auditoire quand, mettant en œuvre les dispositions du célèbre physicien belge, on voit naître sous ses mains, à l'aide d'un bain d'eau de savon convenablement préparé et de charpentes légères en fils de fer ou de soie, l'échafaudage inattendu des figures géométriques les plus variées et les plus belles. On sait d'ailleurs que ces recherches touchent aux points les plus délicats de la mécanique moléculaire.

Mais ce qui dans les travaux de M. Plateau, frappe le plus le public instruit, ce sont les admirables expériences où il a entrepris d'imiter, de reproduire par des artifices ingénieux et de faire saisir sur le fait la formation des globes planétaires avec les formes si variées qu'une masse fluide animée d'un mouvement de rotation peut prendre lorsqu'elle est isolée et libre dans l'espace. L'expérience semblait impossible à réaliser, car comment isoler ainsi une masse liquide et la soustraire à l'action de notre pesanteur terrestre. M. Plateau y est parvenu en plaçant cette masse dans un milieu liquide de même densité, mais non miscible avec elle. Alors on voit cette masse, à l'état de repos,

prendre la figure d'une sphère parfaite; puis, si on lui imprime un mouvement de rotation autour d'un axe stable, on la voit passer de la figure d'une sphère à celle d'un ellipsoïde de révolution aplati aux pôles. Enfin, si l'on augmente encore la vitesse de rotation, la masse fluide se transforme en une lentille qui ne tarde pas à abandonner, dans le plan de son équateur, une partie de sa matière. Celle-ci va former tout autour d'elle un anneau tournant plat et mince, reproduisant ainsi l'image frappante du système de Saturne. M. de Laplace aurait été bien heureux s'il lui avait été donné de voir de ses yeux la réalisation expérimentale de sa grande conception cosmogonique.

Ce n'est pas ici le lieu d'énumérer les nombreux travaux de notre regretté correspondant : ils portent tous la trace d'une intelligence supérieure et particulièrement originale ; mais il nous sera permis de rappeler que presque tous ont été faits par un aveugle. Frappé de bonne heure d'une irrémédiable cécité, qui semblait devoir mettre fin à tout travail d'expérience ou d'observation, M. Plateau a trouvé, chez ses admirateurs et ses parents, l'organe qui lui faisait défaut désormais. Il créait dans sa tête ses expériences et, quand les appareils nécessaires avaient été construits d'après ses indications, il faisait exécuter les expériences par ses amis qui voyaient pour lui et lui rendaient compte des résultats. Non, leur disait-il parfois, il doit y avoir là autre chose encore : recommencez en changeant tel ou tel organe, regardez à tel endroit, et, si je ne me suis pas trompé, vous observerez tel ou tel effet. Il ne se trompait jamais.

Remercions, au nom de la science, les collaborateurs dévoués dont le zèle a permis à ce savant si justement célèbre de prolonger son utile et brillante carrière bien au delà du terme que son infirmité semblait y devoir poser. Remercions aussi le gouvernement belge d'avoir conservé jusqu'au bout à M. Plateau son titre de professeur dans une chaire qu'il illustrait sans pouvoir l'occuper.

M. A. Gaudry dépose sur le Bureau de l'Académie des échantillons de fossiles qu'il a rapportés d'un voyage en Russie et s'exprime dans les termes suivants:

« Pendant un voyage que je viens de faire en Russie, j'ai obtenu quelques débris des derniers mammouths dont les cadavres ont été observés dans les terrains glacés de la Sibérie par M. Schmidt et par M. le baron de Maydell. Le savant naturaliste M. Strauch directeur du Musée de l'Académie impériale des Sciences de Saint-Pétersbourg, a eu la bonté de me les donner pour le Muséum de Paris. Je les place sous les yeux de l'Académie; ce sont des crins mêlés à de la laine et un morceau de peau. Ce morceau a été découpé devant moi par M. Strauch sur une grande peau de mammouth qui a été apportée en 1871 à Saint-Pétersbourg par M. de Maydell. J'ai mis à côté la touffe de laine et de crin et le fragment de peau que nous possédions déjà au Muséum, et dont Cuvier a parlé dans ses *Recherches sur les ossements fossiles.* La peau que nous avions était dépourvue de poils, au lieu que notre nouveau morceau est couvert d'une laine brune, très épaisse et bien adhérente. J'ai pensé que ceux d'entre nous qui s'intéressent aux choses de la vieille nature pourraient avoir quelque plaisir à voir et à toucher ce curieux débris des proboscidiens quaternaires.

La riche fourrure du mammouth, qui contraste avec la peau nue des éléphants actuels, doit nous étonner de moins en moins; car les études faites dans ces dernières années en Suède, en Allemagne, en Russie et dans la Grande-Bretagne confirment chaque jour davantage l'idée d'une immense extension des glaciers pendant une partie de la période quaternaire. »

FORMULAIRE

Potion expectorante. — Bamberger.

Racine d'ipéca concassée.	1 à 2 grammes.
Eau bouillante.	150 grammes
Esprit ammoniacal anisé	2 —
Sirop de polygala.	20 —

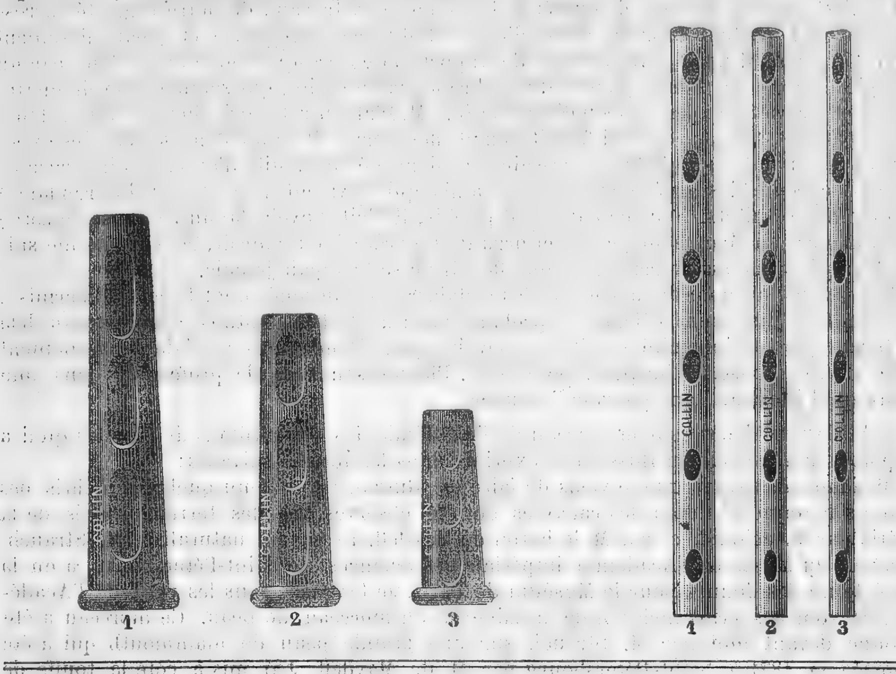
F. s. a. une potion, dont on fait prendre une cuillerée toutes les demi-heures, aux malades atteints de pneumonie, dont l'expectoration se fait péniblement. — N. G.

M. le docteur Just Championnière a présenté dernièrement à la Société de chirurgie de nouveaux tubes à drainage, construits sur ses indications par M. Collin.

Les premiers sont des tubes métalliques en aluminium, légers, très minces de parois se laissant tailler au couteau; on les emploie dans quelques cas spéciaux.

Les autres sont des drains en caoutchouc durci ayant en petit la forme du spéculum de Fergusson. Ils sont incompressibles, mais très doux et parfaitement supportés par les tissus. En les plaçant dans les plaies, ils font un excellent drainage. A mesure que la plaie se cicatrise, les tubes peuvent être changés en les mettant de plus en plus petits; on les nettoie aisément avec l'eau bouillante. Un jeu de ces drains nouveaux suffit à tous les besoins.

Les mêmes tubes ont été construits en celluloïde; ils sont bons aussi, mais s'usent rapidement, car ils sont altérés par les acides.



COURRIER

Réorganisation des écoles préparatoires de médecine militaire. — Un décret inséré au *Journal officiel* du 5 octobre, établit deux Ecoles préparatoires de médecine militaire, l'une à Bordeaux et l'autre à Douai, et modifie l'organisation de l'enseignement au Val-de-Grâce. Nous aurons à revenir sur l'importance de ce décret qui est un retour vers l'ancienne organisation de l'Ecole de Strasbourg.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de MM. les docteurs Brocquère (de Toulouse), ancien président de l'Association des médecins de Toulouse, et Moreau (fils du célèbre accoucheur), décédé à Chantilly.

Vétérinaire sanitaire départemental de la Seine. — Le concours pour la place de vétérinaire vient de se terminer par la nomination de M. Laguerrière, vétérinaire en premier au 10e régiment de cuirassiers. Douze candidats avaient pris part à ce concours.

Ministère de la marine. — *Demande d'infirmiers*. — Le Ministre de la marine fait demander par M. le directeur général de l'Assistance publique des infirmiers volontaires pour aller aux colonies du Sénégal et de la Guyane. On alloue 750 fr. en Europe et 1,250 fr. sur le pied colonial, plus les vivres en nature. Pour plus amples renseignements, s'adresser au Ministère de la marine et des colonies.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Sur l'étranglement herniaire.

—

Septembre 1883.

Observation de hernie crurale étranglée; perforation et suture de l'intestin; guérison. — Dangers du taxis et de la temporisation. — Valeur relative des lésions mécaniques et des phénomènes nerveux de l'étranglement.

J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'insister sur les principes qui doivent toujours inspirer notre conduite en présence de l'étranglement herniaire. J'y reviens aujourd'hui à propos d'un fait récent, qui montrera une fois de plus, d'une part les dangers auxquels nous expose l'abus du taxis et des moyens dilatoires si fort en honneur auprès de quelques médecins, d'autre part la valeur relative des lésions mécaniques et des phénomènes nerveux de l'étranglement, la bénignité ordinaire du pronostic en l'absence de ces derniers, l'innocuité presque certaine de la kélotomie pratiquée de bonne heure.

Il est une règle adoptée aujourd'hui par tous les chirurgiens expérimentés, règle étroite qui peut se résumer ainsi : en présence d'une hernie intestinale qui s'accompagne des vrais signes de l'étranglement, et dans les délais où une lésion grave de l'anse comprimée n'est pas à craindre, il faut essayer le taxis pendant cinq minutes sans anesthésie, pendant dix minutes sous le chloroforme, et, si à ce moment la tumeur n'est pas réduite, opérer séance tenante. Cette proposition suppose qu'on a reconnu la présence réelle de l'intestin, les vrais signes de l'étranglement, et qu'on sait le nombre d'heures, j'ose à peine dire de jours, au delà desquels une altération profonde des parois intestinales est imminente, nombre qui varie un peu avec la région, le volume, la composition anatomique probable de la hernie. Je n'ai pas en ce moment le loisir de m'arrêter sur ces détails, qui se trouvent consignés dans plusieurs ouvrages classiques.

Or, en présence d'une hernie bien et dûment étranglée, nombre de praticiens se conduisent tout autrement, sans doute par une crainte exagérée de l'opération, comme si les chirurgiens n'avaient rien dit et rien fait depuis l'époque où Fabrice d'Aquapendente s'écriait, en parlant de la kélotomie : « Elle est si horrible et si dangereuse que peu de malades y survivent. » Et de fait, elle est bien ce que prétendait Malgaigne, « une des opérations les plus meurtrières de la chirurgie », lorsqu'elle est employée comme ressource ultime après de longues et intempestives malaxations de la hernie.

De temps à autre, on lit dans les journaux de médecine des observations présentées comme exemples d'une pratique heureuse et digne d'être suivie, qui toutes se résument en ces quelques mots : taxis prolongé une heure et plus, à diverses reprises, pendant plusieurs jours, purgatifs et bains répétés, sacs de plomb, tête en bas, piqûres de morphine, etc.; la réduction est obtenue au bout de sept ou huit jours, et le malade veut bien guérir. Si par là on veut nous dire qu'un malade assez pusillanime pour refuser l'opération peut quelquefois être sauvé malgré lui, ou qu'un médecin sans outils et sans aides, au fond de la campagne, possède néanmoins quelques ressources dont il ne faut pas désespérer, nous sommes d'accord. Mais si de pareils faits nous sont présentés comme un plaidoyer en faveur de la tem-

porisation, il faut les condamner sans réserve comme de mauvais exemples, et leur opposer les malheureux qui nous arrivent journellement à l'hôpital avec une hernie malaxée, un étranglement de plusieurs jours, une température au-dessous de la normale, que nous opérons tardivement et qui sont aujourd'hui, à peu de chose près, nos seuls cas d'insuccès dans l'étranglement herniaire.

Voici un exemple des méfaits du taxis, heureusement corrigés par l'intervention chirurgicale :

Augustine Oudinot, âgée de 62 ans, est entrée le 12 août 1883 à l'hôpital Tenon, dans le service de mon collègue J. Championnière, salle Richard Wallace, n° 2. Cette femme a eu quatre grossesses et une fausse couche; depuis six ans, elle porte une petite hernie crurale du côté droit, facilement réductible, et assez bien maintenue par un bandage. Le 10 août, elle avait quitté son bandage depuis une semaine, lorsqu'elle ressentit, à quatre heures du soir, une douleur vive dans l'aine; sa hernie était sortie plus volumineuse qu'à l'ordinaire et douloureuse à la pression; elle chercha vainement à la réduire. Alors elle se mit au lit, vomissant dès le premier jour, à partir de 7 heures du soir, le peu d'aliments qu'elle prenait. Constipation absolue, absence d'émissions gazeuses, urines rares.

Notons maintenant le traitement qui lui fut infligé. Le 10 août, deux lavements, taxis de dix minutes sans anesthésie. Le 11 au matin, deuxième taxis, douloureux et sans chloroforme, suivi d'un grand bain et d'un troisième taxis pendant le bain; le soir, 45 grammes d'huile de ricin, vomis presque immédiatement; à dix heures, quatrième taxis, douloureux et sans chloroforme. Cataplasmes et onctions belladonées sur la tumeur.

Elle vient à l'hôpital le 12 août, après 42 heures d'étranglement. L'interne de garde, informé des manœuvres qui ont eu lieu, se garde bien de les renouveler. En l'absence de M. J. Championnière, j'arrive à quatre heures du soir.

L'étranglement a duré 48 heures. L'abdomen est douloureux à la pression, le ballonnement modéré, la langue blanche, les nausées fréquentes, les vomissements n'ont pas le caractère fécaloïde. La malade est faible, mais elle n'a pas le facies grippé; le pouls est assez fréquent, mais ample et fort; les extrémités ne sont pas froides, la température axillaire est à 37°. La tumeur, située dans la région crurale, est allongée dans le sens de l'arcade de Fallope, grosse comme un œuf de poule, dure, douloureuse à la pression, d'une matité complète; la peau qui la recouvre est rouge et enflammée.

En présence d'une hernie déjà si malmenée, le taxis eût été une faute grave; je n'y songeai même pas, et j'opérai séance tenante. Je trouvai un sac de couleur brune, contenant peu de liquide ; une masse épiploïque très congestionnée, pleine d'ecchymoses et de petits foyers sanguins ; derrière l'épiploon, une anse intestinale complète, d'un rouge vineux prononcé.

Toutes ces parties avaient gravement souffert du taxis immodéré; aussitôt qu'elles furent découvertes, je fis un premier lavage avec la solution phéniquée au vingtième, et j'aperçus bientôt, sur la convexité de l'anse intestinale, un point limité où la paroi semblait amincie, et qui donnait un écoulement sanguin modéré, mais continu. J'entrepris alors le débridement pour délivrer l'anse et la traiter plus commodément ; cela fait, le point qui donnait du sang fut saisi et soulevé à l'aide d'une pince à dents de souris, et un fil de catgut jeté circulairement au-dessous de la pince. Mais bientôt après, le fil glissa, et en même temps le point faible de la paroi se transforma en une perforation complète, qui donna issue au liquide intestinal. Pour la seconde fois la paroi fut saisie avec la pince, mais plus largement; et un fil circulaire, adossant la muqueuse à elle-même, oblitéra solidement la perforation.

Je pensais alors n'avoir plus qu'à réduire, après un examen minutieux de l'anse intestinale. Attirée de quelques centimètres au dehors, elle me parut absolument saine au niveau de l'étranglement ; second lavage phéniqué, ligature au catgut et résection de l'épiploon, compression douce de l'intestin pour le repousser lentement dans l'abdomen, sans la moindre violence, quand tout à coup se produisent sous mes doigts deux nouvelles perforations, aussi petites que la première et tout près d'elle, en des points où la paroi ne m'avait pas semblé malade. Pour les oblitérer, je passe au-dessous d'elles deux fils de catgut à l'aide d'une fine aiguille de Reverdin ; ces deux fils étant serrés forment un pli de la paroi au fond duquel se trouvent les deux perforations, et adossent la séreuse à elle-même. Alors seulement, et après un dernier lavage phéniqué, je réduis l'intestin.

Je terminai l'opération en isolant soigneusement le sac des parties voisines et en l'attirant au dehors ; puis il fut lié le plus haut possible à l'aide d'un gros fil de catgut, et réséqué au devant du fil. Dernier lavage au vingtième, cinq points de suture profonde avec le crin de Florence, tube debout à l'angle externe de la plaie, pansement de Lister.

La suite de l'observation m'a été obligeamment communiquée par M. Charles, interne du service. La malade eut deux injections de morphine de 1 centigramme le jour de l'opération, une autre le lendemain. Pendant quinze jours, elle fut soumise à un régime très sévère, ne prenant qu'un peu de liquide, lait, café, rhum, etc. Une première selle peu abondante se produisit le 13 août, à 11 heures du soir ; à partir du 14, les garde-robes furent régulières.

La plaie se comporta merveilleusement bien. Au premier pansement, le 14, elle est en grande partie réunie par première intention ; trois fils sont enlevés, le drain est raccourci. Au deuxième pansement, le 16, ablation du drain et des trois derniers fils ; un peu de tension se remarque vers l'extrémité interne de la suture. Le 18, ouverture spontanée d'une petite collection purulente en ce dernier point ; un tube y est placé. Le 21, la cicatrisation est complète, et le 25 tout pansement est supprimé. La température atteint deux fois 38°4, le 13 et le 15 août vers le soir ; à part ces deux jours, elle ne quitte pas 37° et quelques dixièmes.

La malade quitte l'hôpital le 10 septembre, un mois après l'opération. Elle présente dans la région crurale une cicatrice linéaire de 7 centimètres ; elle n'éprouve aucune douleur ; dans la station debout, accroupie, sous l'influence de la toux et de violents efforts, l'intestin n'a aucune tendance à faire saillie sous les téguments.

Cette observation n'est-elle pas la condamnation du taxis immodéré? Après quatre essais de réduction, l'étranglement n'ayant pas duré plus de 48 heures, j'ai trouvé un épiploon contusionné, plein de sang, et trois perforations imminentes sur la convexité d'une anse intestinale qui au niveau du collet n'avait pas encore souffert de la constriction. Evidemment, c'est à la main qui a pétri cette hernie sans mesure que sont dues ces lésions précoces et d'un caractère non douteux ; et c'est là le premier fait que je voulais mettre en lumière. Supposez qu'on eût insisté quelques heures de plus et obtenu finalement la réduction; la joie du succès n'eût pas été de longue durée, car bientôt seraient venues la perforation dans l'abdomen, l'issue des matières, la péritonite et la mort. Et ce fait aurait rejoint tant d'autres faits semblables qu'on laisse dormir dans l'oubli, pour donner les honneurs de la publicité à ceux qui par hasard ont une issue plus heureuse.

Je ferai remarquer en passant l'efficacité de la suture au catgut dans les petites perforations de l'intestin. En jetant un fil circulairement autour de l'orifice anormal, ou en plaçant quelques points séparés comme dans la suture de Lembert, c'est-à-dire en adossant la muqueuse ou la séreuse suivant l'étendue, le nombre et le siège des perforations, nous réparons

tout dommage et nous pouvons réduire l'intestin, réséquer le sac, réunir immédiatement, éviter par suite les risques d'une kélotomie sans réduction, d'une plaie suppurante, d'une propagation possible au péritoine, d'une fistule intestinale plus ou moins rebelle. Des faits nombreux établissent aujourd'hui la valeur de cette pratique; pour ma part, j'en ai fait l'épreuve il y a deux ans dans un cas analogue à celui-ci (*Union Méd.*, 31 mai 1881). Mais pour réussir, il faut deux auxiliaires : l'antisepsie et le régime. Il faut que l'opération soit faite avec toutes les précautions de la chirurgie moderne, propreté absolue, lavages phéniqués, etc.; et plus que jamais il faut assurer le repos de l'intestin, non seulement par l'opium, mais aussi par une diète sévère et prolongée. Hors de là, pas de salut; mieux vaudrait s'en tenir aux vieux errements et ne pas réduire l'intestin, que de rendre grave par négligence ou parti pris une opération qui doit être innocente, si elle est bien conduite.

J'ai dit qu'à part les dangers d'un taxis intempestif, cette observation montrerait la valeur relative des lésions mécaniques et des phénomènes nerveux de l'étranglement herniaire. En effet, ne prouve-t-elle pas une fois de plus qu'en dépit des lésions locales, et tant que celles-ci peuvent être conjurées, l'étranglement reste bénin s'il n'a pas duré trop longtemps, c'est-à-dire si l'opération est faite avant la dépression du pouls et de la température?

Les lésions mécaniques de l'intestin, bien que fréquentes et mortelles dans leurs effets, ne sont qu'un accident, pour ainsi dire, dans l'évolution de l'étranglement herniaire. Du moment qu'elles sont réparables et, bien entendu, à la condition qu'on les répare, elles ont peu d'influence sur le pronostic. Mais ce qui est trop souvent irrémédiable, ce qui ne peut être combattu par aucune méthode, par aucun procédé, c'est le collapsus et l'algidité, c'est la dépression nerveuse qui est l'effet direct et le phénomène essentiel de l'étranglement, qui arrive toujours si la compression des nerfs de l'intestin se prolonge, et qui fait échouer presque fatalement les opérations tardives, alors même que l'anse intestinale et tous les viscères sont indemnes de lésions. Telle est la différence profonde qui sépare ces deux ordres de faits, lésions mécaniques et phénomènes nerveux. J'ai développé ces idées il y a quelques mois (*Union Méd.*, 10 juin 1883).

Si la malade de l'hôpital Tenon a guéri, c'est parce que l'étranglement n'avait duré que deux jours, et qu'au moment de l'opération le pouls était ample et fort, la température à 37°. Elle avait dès ce moment des lésions locales qui sans notre intervention l'auraient tuée, et certes il n'est pas plus permis de crever un intestin le premier jour que le huitième; mais, opérée de bonne heure et l'anse recousue, rien ne l'empêchait de guérir, tandis qu'opérée tardivement, même sans lésions intestinales, elle serait morte.

Ainsi, à tous les points de vue, qu'on veuille prévenir les désordres locaux ou les phénomènes nerveux irrémédiables, on est toujours ramené au même précepte, et il faut le répéter sans cesse : apportez au taxis une extrême réserve, et gardez-vous de la temporisation.

L.-G. RICHELOT.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

De l'énucléation des myomes utérins (1),

Par R. LOMER.

Depuis les progrès de la laparatomie et des opérations faites sur l'utérus par ce procédé, l'ablation des fibromes par la paroi abdominale se pose en sérieux adversaire de

(1) *Zeitschrift f. Geburtskunde.* IX Band. N° 277 (32 pages).

cette pratique par le vagin. Limiter le domaine de ces deux méthodes, tel est le but que se propose Lomer guidé et inspiré par la pratique de son maître Schrœder.

La borne qui doit exister entre les deux méthodes se trouve au niveau du col utérin; toutes les fois que le col utérin n'oppose aucun obstacle au passage de la tumeur, la voie vaginale est préférable; dans tout autre circonstance, la voie abdominale semble devoir être meilleure.

La dilatation forcée du col utérin destinée à ouvrir accès dans la cavité de l'organe de manière à pouvoir extirper une tumeur contenue dans son intérieur, est une mauvaise et dangereuse opération, amenant assez fréquemment la mort, ainsi qu'on peut en voir des exemples cités par la plupart des auteurs. Aussi, dans de pareilles circonstances, la laparotomie semble-t-elle devoir lutter avec avantage.

Une observation se trouve ici publiée où on tenta l'énucléation d'un fibrome à travers le col utérin ayant subi une dilatation forcée; la tumeur ne put être enlevée; il se produisit une déchirure du col utérin allant jusque dans un ligament large, et ensuite une endométrite putride qui amena une péritonite généralisée et la mort de la femme.

Analysant les cas dans lesquels chacune des méthodes précédentes est possible et préférable, on voit que l'ablation des myomes par la voie vaginale est nettement indiquée dans deux catégories de faits :

1° Quand il s'agit de myomes interstitiels ou pédiculés développés aux dépens de l'une des lèvres du col et faisant par conséqnent saillie dans la cavité vaginale ;

2° Quand le myome occupe la cavité utérine, qu'il est sous-muqueux, pédiculé, et que, par le fait de sa présence même, les orifices internes se sont spontanément dilatés, et présentent un chemin tout ouvert, soit pour aller saisir la tumeur, soit pour l'amener au dehors.

Czerny a encore proposé d'avoir recours à la voie vaginale, quand on veut enlever des myomes sous-séreux appliqués contre un cul-de-sac du vagin. Cette opération a donné de bons résultats entre les mains de son inventeur.

Ce procédé peut être bon dans les cas où la tumeur est petite, libre d'adhérences; mais alors qu'elle est volumineuse, mal délimitée, fixée aux organes qu'elle entoure, il présente de grandes difficultés d'exécution, témoin le cas publié par Lomer, où la tumeur, grosse comme une tête d'adulte, occupait toute l'excavation du petit bassin. La malade guérit, mais la tumeur fut enlevée incomplètement ; on dut faire l'opération en deux séances et son exécution fut des plus ardues. La laparotomie aurait été certainement ici préférable au procédé de Czerny.

Dans les cas de myomes sous-séreux attenant à une partie plus ou moins élevée du corps de l'utérus ou d'un myome interstitiel, c'est la voie abdominale à laquelle il faut s'adresser et pratiquer l'opération que Martin, le premier, a entreprise en 1879 pour une tumeur sous-séreuse. Pour les myomes interstitiels, les résultats sont aussi favorables; l'auteur nous fait connaître un cas opéré par Schrœder où la guérison eut lieu rapidement. Grâce à cette méthode d'ablation des myomes interstitiels, l'utérus est conservé intact, et la malade peut, par la suite, devenir mère.

Quant aux fibromes sous-muqueux saillant dans la cavité de l'utérus, avec un orifice utérin rigide, la pratique n'a pas encore prononcé, mais, vu la difficulté et les dangers de la méthode vaginale dans ces cas, il est probable que la voie abdominale devra être préférée pour leur ablation.

Résumant les indications précédentes, on peut donc dire que l'énucléation par la voie vaginale est préférable dans les cas de fibromes développés aux dépens des lèvres du col utérin, et dans les cas de fibromes sous-muqueux de la cavité utérine alors que le col utérin est dilaté; qu'il faut au contraire avoir recours à la voie abdominale quand il s'agit soit d'un fibrome sous-muqueux, le col utérin étant rigide et fermé, d'un fibrome interstitiel et enfin d'un fibrome sous-séreux, une exception étant faite dans cette dernière catégorie pour certains cas de fibromes sous-muqueux développés au voisinage des culs-de-sac vaginaux, et qu'on peut enlever par le vagin, d'après le procédé de Czerny.

L'énucléation par la voie vaginale, dans les cas indiqués précédemment, fournit de bons résultats. Réunissant la plupart des statistiques publiées depuis 1873, Lomer est arrivé, comme résultat, à une mortalité de 16 p. 100.

Différents accidents peuvent se produire pendant cette opération, tels sont l'inversion utérine alors qu'on exerce des tractions sur la tumeur pour l'extraire. Loin de craindre cette inversion, Hutchinson, Thomas, Schrœder la croient favorable à l'exécution de

l'opération. L'utérus est ensuite réduit; il ne se produit aucune conséquence ultérieure fâcheuse.

Le péritoine peut être ouvert au niveau du point d'insertion du fibrome. Cet accident s'est produit dans trois cas de Miculicz, Czerny et Sutton; le dernier seul a été mortel, et cela parce qu'il y avait eu en même temps déchirure du petit intestin.

Dans un cas de Freund, une déchirure utérine se fit dans un des ligaments larges; il s'ensuivit un emphysème qui envahit le tissu cellulaire sous-cutané d'une assez grande partie du corps, et qui guérit spontanément.

Schrœder opéra un cas où il se déclara une hémorrhagie artérielle abondante dont on ne put se rendre maître, et qui tua la femme. Il s'agissait d'un myome récidivant opéré pour la troisième fois. L'autopsie montra que la tumeur, dans les trois cas, avait occupé le même siège; il n'y avait pas d'autre trace de tumeur.

Ces fibromes récidivants, qui se comportent un peu comme les sarcomes, ne sont pas rares; ils ont été décrits par Barnes sous le nom de « recurrent fibroid. »

Comme opposition aux fibromes récidivant, on peut citer les cas de fibromes disparaissant après leur ablation partielle.

La meilleure thérapeutique à opposer à la fièvre se produisant dans les jours consécutifs à l'opération est l'irrigation continue, dans la cavité vaginale, d'une solution assez forte d'acide phénique.

Le fibrome vient-il compliquer la grossesse, s'il n'encombre pas les voies génitales, il n'y a pas à s'en préoccuper. Mais si la tumeur siège dans le petit bassin, elle devient une cause de dystocie et ne peut laisser l'accoucheur indifférent; mieux vaut, autant que possible, laisser la grossesse aller à terme ou au voisinage du terme, l'opération devant très probablement amener l'accouchement.

Quand la tumeur occupe la cavité vaginale, l'énucléation est relativement facile, mais il n'en est pas de même, quand elle se place en dehors du canal génital, directement sous la séreuse péritonéale ou à son voisinage. Dans ce dernier cas, il faut, au moment de l'accouchement, essayer de réduire la tumeur, et si on ne réussit pas, après une ponction exploratrice destinée à évacuer le liquide qu'elle peut contenir et à confirmer la nature solide de la tumeur, on fait une incision à travers le vagin, jusqu'à la tumeur, et par cette incision on pratique l'énucléation.

Il est un élément dont Lomer ne tient pas compte, et qui joue cependant ici un rôle considérable, c'est la réduction spontanée de ces tumeurs. Il arrive assez souvent que des fibromes qui semblent absolument irréductibles au début du travail, et qu'on devrait, si l'on suivait l'auteur à la lettre, opérer, remontent petit à petit, sous l'influence de contractions utérines, dans la cavité abdominale. La nature lève l'obstacle elle-même; c'est là une marche qu'il ne faut pas oublier, car c'est celle qui comporte le meilleur pronostic, et elle est loin d'être rare. — A. A.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les médecins et la loi du 19 ventôse an XI (1),

Par M. René Roland,

Professeur à la Faculté de droit de Lille.

L'enseignement de la médecine légale a, dans les Facultés françaises, des représentants d'un haut mérite et d'une haute science. Beaucoup, et parmi les meilleurs d'entre eux, M. Brouardel, se font un devoir d'en améliorer les conditions et d'en combler les lacunes. A Paris, du moins, ils y réussissent par leur patiente persévérance et leur grande autorité personnelle. Il est cependant une branche de cette science, la jurisprudence, qui n'est peut-être pas suffisamment enseignée. En recevant le diplôme doctoral, l'étudiant ne connaît pas assez l'étendue des droits qu'il vient d'acquérir et les obligations qu'il va contracter par l'exercice de la profession médicale.

Le livre de M. René Roland comme l'enseignement qu'il professe ont pour but de compléter cette éducation et d'apprendre au médecin quelle est la valeur de la réglementation actuelle établie par la loi du 19 ventôse. Certes, nous n'acceptons pas toutes les conclusions de l'auteur, mais ce petit volume mérite d'être lu et de recevoir impartiale justice.

Depuis longtemps on réclame, avec quelque raison, la réforme de cette législation

(1) Paris, 1883; Rousseau.

aussi obscure qu'insuffisante, la sécurité publique et la dignité médicale y sont intéressées. Il est vrai qu'une réforme de cette nature a le singulier privilège, étant demandée par tous, d'être sans cesse ajournée, oubliée ou méconnue par les pouvoirs publics. C'est encore là un des motifs pour mieux apprendre à connaître cette législation boiteuse et pour étudier les modifications qu'elle doit subir.

Avant 1789, la profession médicale était le monopole d'une corporation, on n'y admettait les postulants qu'après des épreuves dont les maîtres jurés de la corporation appréciaient la valeur. Cette organisation avait l'inconvénient d'entraver le libre développement scientifique, et de faire vivre la médecine sur des traditions plutôt que sur l'observation et l'expérimentation. Le souffle révolutionnaire de 1792 emporta cette organisation. Les maîtrises furent supprimées, et, par haine de la réglementation, on décréta la liberté de l'exercice de la médecine. Alors, aussi, comme le disait Fourcroy dix ans plus tard, « ceux qui ont appris leur art se trouvent confondus avec ceux qui n'en ont « pas la moindre notion ». Ce furent de beaux jours pour les charlatans et les rebouteurs, mais l'opinion publique réclama bientôt, et le 19 ventôse an XI, le Corps législatif votait la loi, qui aujourd'hui encore est en vigueur.

L'institution des deux ordres de médecins fournit à M. René Roland l'occasion de montrer les vices de la législation de l'an XI et comment, depuis le procès du bourreau de Bourges, qui cumulait cet emploi avec les fonctions d'officier de santé, d'interprétation en interprétation, on en est arrivé à ne guère exécuter la loi et à une tolérance de fait équivalente à une sorte de liberté de l'exercice illégal.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans sa discussion sur l'utilité du maintien des officiers de santé. Le principal argument dont il se sert ne possède pas, d'ailleurs, le mérite de la nouveauté. Il consiste à dire, après M. Bert et d'autres encore, que les 14,300 médecins de France sont en nombre insuffisant. On a fait justice de cet argument, et, en 1874, dans les colonnes de l'*Union Médicale*, on a prouvé que ce qui manquait en France ce n'était pas les médecins, mais une meilleure répartition du personnel médical sur la surface du territoire. La répression de l'exercice illégal par les communautés religieuses dans certains départements, la surveillance des médecins étrangers dont beaucoup n'exercent pas dans les conditions légales, la suppression des autorisations d'exercice trop arbitrairement délivrées par l'administration, enfin une rétribution moins dérisoire des services des médecins de charité dans les campagnes, sont les meilleurs moyens pour régulariser la répartition des médecins sur toute la surface du territoire et diminuer la pléthore médicale des grands centres. D'ailleurs, on l'oublie trop, les médecins des campagnes ne sont pas des bergers de Virgile. Vraiment, il faut une certaine naïveté pour prétendre les attirer vers la vie des champs, en leur traçant le tableau de scènes plus ou moins idylliques !

Une autre question d'actualité, celle de l'exercice de la médecine par les femmes, provoque les sévérités de M. René Roland à l'égard de ces « étudiants exotiques qui, depuis « une quinzaine d'années, se font remarquer dans nos grands centres d'instruction. Si, « ajoute-t-il avec quelque malice, elles se destinent aux professions jusqu'ici réservées « aux hommes, elles ont grand soin — c'est une justice à leur rendre — de déposer au « vestiaire, avant de passer dans les amphithéâtres, tout ce qui fait la grâce de la « femme. » N'est-ce pas là une des conclusions des études sur la *femme-médecin* que, naguère encore, M. le docteur Richelot père publiait à cette même place avec le talent et l'autorité de sa plume expérimentée ?

Dans un dernier chapitre, M. Roland expose et discute les lois de finances et de police relatives à la profession médicale. Ce livre est tout un commentaire complet de la réglementation de la médecine en France. Certes, après l'avoir lu, on peut ne pas partager entièrement l'admiration de l'auteur pour l'ancienne organisation médicale de la France. C'est, en effet, plutôt à l'esprit de progrès qu'il faut demander l'amélioration de cette législation ; c'est dans l'avenir qu'on doit les chercher, et non pas dans la contemplation du passé. Mais, malgré ces différences d'opinion, nous nous associons pleinement à l'appel que M. Roland adresse aux Associations médicales. C'est à elles de provoquer l'application et la revision de la loi, d'en prendre « l'initiative et de porter à la connaissance « du ministère public toutes les infractions. Que dans chacune d'elles, ajoute-t-il, une « commission soit nommée pour veiller à son exécution ; qu'en présence des pénalités « dérisoires qu'elle édicte, les médecins réclament des dommages-intérêts, afin d'assurer « une répression plus efficace. C'est plus que leur droit, c'est leur devoir. »

Ici, M. Roland rappelle opportunément le troisième des serments que prêtaient autrefois les récipiendaires : « Vous jurez et promettez de lutter de toutes vos forces contre « tous ceux qui pratiquent illicitement la médecine, et vous n'en épargnerez aucun, à « *quelque ordre* ou à *quelque condition* qu'il appartienne. » En présence d'une semblable

législation de tolérance et de réformes toujours promises et toujours ajournées, cet appel chaleureux à la solidarité confraternelle mérite d'être entendu. En tout cas, il fait honneur à M. Roland qui, par sa profession, n'appartient pas au corps médical. C'est donc volontiers que nous rendons hommage à l'esprit pratique de ce livre et à la haute utilité de l'enseignement que son honorable auteur professe à Lille. M'est avis que si les conseils qu'il donne étaient toujours suivis, l'intervention des Associations serait plus efficace et l'attention de nos législateurs plus active pour la protection de la santé publique et de la vie humaine en France.

Ch. Eloy.

CORRESPONDANCE

Les lettres suivantes, adressées à M. Pautauberge, pharmacien de 1re classe, témoignent des bons effets qu'on peut obtenir de l'emploi du Chlorhydro-phosphate de chaux créosoté dans le traitement des tubercules, du rachitisme et de la scrofule.

Monsieur,

Votre préparation de Chlorhydro-phosphate de chaux créosoté est excellente et m'a donné de brillants et rapides résultats dans les deux cas suivants :

1° Une jeune malade de 22 ans, atteinte depuis deux ans de bronchite suspecte, avec râles sous-crépitants au sommet du poumon gauche; point d'hémoptysie, mais sueurs nocturnes, affaiblissement général, toux sèche et fatigante, etc., enfin, tout le cortège des symptômes observés en pareil cas. Après quinze jours de traitement, cette malade se lève, respire bien plus facilement et ne tousse presque plus, si ce n'est le soir. Elle est enchantée de son médicament et le continuera quelque temps encore.

2° Un malheureux enfant indigent, âgé de 3 ans, atteint de rachitisme et d'ostéomalacie (suite de nourriture insuffisante), avec difformité et incurvation des os longs. Lorsque, trois semaines à peine après l'institution du traitement au Chlorhydro-phosphate de chaux créosoté, on m'a représenté cet enfant, j'hésitai à le reconnaître, tellement l'amélioration était grande.

Je vous remercie donc de l'envoi (1) que vous m'avez fait et me propose de répandre dans ma clientèle, pour tous les cas analogues, un médicament d'une telle valeur thérapeutique.

Veuillez agréer, etc.

D^r^ Em. Bauer,
à Dornes (Nièvre).

Monsieur,

C'est bien volontiers que je vous autorise à communiquer à mes confrères le résultat de mes observations et des effets que j'ai obtenus avec votre préparation de Chlorhydro-phosphate de chaux créosoté; il va sans dire que je ne fais ici intervenir mon nom que pour aider à la propagation de ce qui est vraiment bon. Je vous le répète, l'adjonction de la créosote au Chlorhydro-phosphate de chaux donne des résultats surprenants et c'est justice que de vous rendre ici ce témoignage. Le médicament est absorbé sans difficulté aucune et tous mes malades s'en montrent enchantés. Ce n'est pas pour le public ces lignes sont écrites, c'est pour mes confrères et pour vous.

Veuillez agréer, etc.

D^r^ Em. Bauer.

Monsieur,

J'ai expérimenté sur deux de mes clients et sur moi-même votre préparation de Chlorhydro-phosphate de chaux créosoté. Votre médicament, dans les cas spéciaux où il est indiqué, ne se recommande pas par des phrases. C'est par les faits, les résultats obtenus qu'il prouve sa valeur. Je vous dirai donc tout simplement : les trois seules applications de votre remède, que j'ai faites jusqu'à présent, ont été suivies des meilleurs effets.

Agréez, Monsieur, etc.

Dr E. Millot,
à Penthièvre, dép^t^. de Constantine (Algérie).

(1) M. le docteur Bauer avait demandé et reçu un échantillon de Chlorhydro-phosphate de chaux créosoté.

THÉRAPEUTIQUE

De la Papaïne

OU PEPSINE VÉGÉTALE TIRÉE DU CARICA PAPAYA.

La Papaïne est un suc laiteux extrait de la tige et des fruits verts du Carica papaya. Ce précieux végétal est originaire de l'Amérique du Sud selon les uns, des îles Moluques suivant d'autres. Il se rencontre dans l'Inde, à l'île Maurice, à la Réunion, aux Antilles et dans toute l'Amérique du Sud. Le suc qui découle du fruit vert du papayer et la graine même de cet arbre sont des vermifuges très efficaces. Mais ce qui rend surtout ce végétal digne d'attention, c'est que le suc extrait de son fruit, de ses feuilles et de son tronc contient une proportion considérable d'un principe analogue à la pepsine animale, et que MM. Wurtz et Bouchut ont appelé *pepsine végétale*. Ce suc exerce une action prodigieuse sur la fibre musculaire qu'il ramollit instantanément et fait entrer en digestion. Les émanations mêmes de l'arbre suffisent pour produire sur les chairs cet effet singulier, et dans les pays où le papayer est cultivé, les habitants suspendent dans les hautes branches les viandes qu'ils veulent attendrir.

On comprend aisément le parti que la science pouvait tirer de propriétés aussi merveilleuses. Des expériences de laboratoire furent instituées et donnèrent les résultats les plus surprenants. M. Wurtz, dans un rapport à l'Académie des sciences (séance du 15 novembre 1880), constate que *la Papaïne a dissous jusqu'à deux mille fois son poids de fibrine, opérant avec autant de rapidité et de régularité que la meilleure pepsine animale*. Du laboratoire, la Papaïne est passée dans la pratique, et des faits innombrables sont bientôt venus prouver que son action était certaine et constante, et par suite que son emploi allait permettre d'échapper aux sophistications dont la pepsine animale est trop souvent l'objet. MM. Wurtz et Bouchut ont reconnu que toute matière azotée, lait, viande, fibrine, est digérée par le suc de papaya en quantité beaucoup plus forte que celle que peut dissoudre la pepsine que sécrète l'estomac, et qu'il présentait sur la pepsine cet avantage qu'il dissolvait la matière azotée aussi bien dans un milieu acide que neutre ou alcalin.

MM. Trouette et Perret, pharmaciens chimistes, se sont faits depuis quelques années les propagateurs de la Papaïne, et ils ont obtenu à l'Exposition de Melun de 1880, et à celle de Bordeaux en 1882, deux diplômes d'honneur pour les diverses préparations qu'ils ont présentées. Ils l'offrent aux médecins et au public sous cinq formes différentes : le sirop de Papaïne ; le vin de Papaïne ; l'élixir de Papaïne ; les cachets, et enfin les dragées de Papaïne. Chacune de ces préparations trouve son emploi suivant l'âge, le tempérament, le goût du malade, mais leur effet constant peut être garanti à tous.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur les cas dans lesquels la Papaïne doit être ordonnée; elle est appelée à remplacer la pepsine naturelle qui fait défaut et, par conséquent, est indiquée dans les gastralgies, dyspepsies, lientéries, gastrites et dans toutes les maladies qui ont pour cause un mauvais fonctionnement de l'estomac. Elle remédiera à tous ces troubles et ramènera la digestion à l'état normal avec plus de certitude, d'énergie et de constance que la pepsine animale, dont les effets sont parfois nuls en raison des mauvais éléments qui la composent. En effet, la pepsine animale peut être recueillie dans de bonnes conditions en pratiquant directement sur l'estomac de l'animal une fistule gastrique ; mais on peut aussi se contenter de dissoudre quelques centigrammes de pepsine dans l'eau contenant de l'acide chlorhydrique, ou bien remplacer la pepsine par un fragment de la membrane stomacale d'un animal carnivore, ou par un morceau de la caillette d'un ruminant, ou encore par un peu de présure. Quelle garantie de semblables préparations peuvent-elles offrir, et comment supporteraient-elles la comparaison avec la pepsine végétale, toujours franche et rigoureusement dosée des propagateurs de la Papaïne ?

Dr BERTHAUD.

JOURNAL DES JOURNAUX

Du nitrite d'amyle dans l'asthme urémique, par le docteur Salomon SMITH. — Dans le *British Medical Journal*, pendant le mois dernier, deux auteurs ont témoigné des bons effets, dans les paroxysmes de l'asthme urémique, de l'inhalation du nitrite d'amyle, dont l'efficacité est hors de contestation. Toutefois on ne saurait en abuser sans danger;

et le soulagement immédiat qu'il procure ne peut exclure de la thérapeutique des affections rénales les moyens ordinairement recommandés. Certains malades, satisfaits de se voir si facilement débarrassés des accidents les plus pénibles, refusent tout traitement complémentaire, et meurent prématurément. En dehors des cas où les symptômes de suffocation ressortissent à des effusions pleurales ou péricardiques, on peut, comme suit, grouper ceux-ci en quatre classes. Le nitrite d'amyle ne se montre réellement profitable que dans une seule de ces variétés d'accidents dyspnéiques.

1° Atteintes d'asthme spasmodique vrai, avec soulagement complet entre les attaques, franches de tout signe d'asthénie cardiaque. Elles sont souvent imputables à des imprudences diététiques, et ne se différencient des atteintes de l'asthme essentiel que par la présence de l'albuminurie.

2° Simple état dyspnéique avec sensation de gêne et d'essoufflement sans respiration sifflante, ni obstruction des voies aériennes, ni effort apparent. C'est un des symptômes précoces des affections rénales.

Dans ces deux variétés le nitrite d'amyle ne paraît devoir apporter aucun soulagement notable.

3° Accidents de dyspnée cardiaque dus à l'asthénie et à la dégénérescence de la fibre musculaire. Ces attaques surviennent surtout pendant la nuit, s'accompagnent d'orthopnée, de suffocation, de symptômes d'*angor pectoris cum* ou *sine dolore* : angoisse très spéciale, refroidissement des extrémités, faiblesse du pouls, etc. C'est dans ce groupe symptomatique d'angine et d'asystolie que le nitrate d'amyle se montre d'une efficacité incontestable. Pendant les inhalations, la température des extrémités s'élève, l'orthopnée cesse, le pouls récupère sa force et sa plénitude, et les angoisses du malade s'évanouissent pour un temps. Ce n'est pas là de l'asthme, mais bien de l'asystolie contre laquelle la nitroglycérine ou l'éther amylique ne saurait prévaloir qu'à titre de palliatif momentané. Si le traitement se borne à leur emploi, la dose nécessaire et suffisante s'élève rapidement et ne produit bientôt plus l'effet désiré. Il faut y adjoindre les autres moyens diététiques et pharmaceutiques, l'hygiène morale et physique.

4° Accidents dyspnéiques consécutifs à des complications congestives, bronchiques ou pneumoniques. Ceux-ci éclatent quelquefois avec tant de soudaineté qu'on pourrait les prendre pour des atteintes d'asthme, n'étaient les signes stéthoscopiques.

Bien que ces complications se trouvent souvent associées à la dilatation cardiaque, les accidents dyspnéiques qui en résultent ressortissent trop directement à des conditions organiques et mécaniques pour laisser une place notable à l'influence du nitrite d'amyle. (*Nitrite of Amyl in Uræmic Asthma*, *British Med. Journ.*, june 9, 1883.) — L. Dn.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 28 septembre au 4 octobre 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 937. — Fièvre typhoïde, 39. — Variole, 4. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 19. — Diphthérie, croup, 24. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 37. — Phthisie pulmonaire, 188. — Autres tuberculoses, 6. — Autres affections générales, 67. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 50. — Bronchites aiguës, 19. — Pneumonie, 44. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 63; au sein et mixte, 43; — inconnues, 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 76; circulatoire, 56; respiratoire, 50; digestif, 59; génito-urinaire, 23; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulat. et muscles, 8. — Morts violentes, 36. — Causes non classées, 4.

Résumé de la 40e semaine. — La mortalité parisienne continue à être faible. 937 décès ont été notifiés cette semaine au service de statistique; ce chiffre est supérieur à celui de la semaine dernière (836); mais nous avons dit que celui-ci devait passer pour exceptionnel.

Voici les résultats que donne la comparaison des chiffres de cette semaine avec ceux de la semaine précédente :

La plupart des maladies épidémiques sont restées à l'état stationnaire; c'est dire qu'elles sont généralement rares. Quoique nous entrions en octobre, la Fièvre typhoïde, d'ailleurs toujours fréquente, ne présente pas encore la recrudescence qui lui est ordinaire pendant les mois d'automne (39 décès au lieu de 36). La Rougeole se maintient au faible taux qu'elle a depuis quinze jours (6 décès au lieu de 5). La Variole (4 décès dans chacune des deux semaines) et la Scarlatine (1 décès dans chacune des deux semaines) continuent à être rares. La Coqueluche (19 décès au lieu de 12) et la Diphté-

rie (24 décès au lieu de 26) présentent cette particularité déjà remarquée dans un de nos derniers Bulletins, de ne se rencontrer que dans les quartiers excentriques.

La Bronchite (19 décès dans chacune des deux semaines) et la Pneumonie (44 décès au lieu de 39) sont encore à l'état stationnaire. L'Athrepsie a fait 111 victimes au lieu de 105.

Le service de statistique a reçu notification de 417 mariages et de 1,202 naissances (604 garçons et 598 filles). Parmi les naissances, 863 sont légitimes et 339 illégitimes. 70 enfants illégitimes ont été reconnus dès leur naissance par l'un des deux parents au moins.

Dr Jacques BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE LA PANOPHTHALMIE. — Nuel.

Pour prévenir la panophthalmie, dans le cas de blessure de l'œil, on maintient des compresses froides sur l'organe blessé, on applique des sangsues à la tempe, etc. Certains auteurs vantent beaucoup la mercurialisation. Mais une fois l'ophthalmitis ou phlegmon de l'œil établi, il ne reste plus qu'à pratiquer le traitement palliatif des douleurs. Dans ce cas, le froid est nuisible, et les sangsues sont inutiles. On se trouve bien au contraire des compresses d'eau chaude, et des injections hypodermiques de morphine. Cependant, quand on a acquis la certitude que l'œil est rempli de pus, le meilleur moyen d'abréger la souffrance est d'inciser largement l'abcès oculaire. — N. G.

COURRIER

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury du concours de l'internat s'est constitué vendredi dernier; il se compose définitivement de MM. Siredey, Henri Huchard, Descroizilles, médecins des hôpitaux; Blum, Championnière, Schwartz, chirurgiens; Maygrier, accoucheur des hôpitaux.

La composition écrite a eu lieu aujourd'hui 8 octobre sur les questions suivantes : *Région poplitée; — Gangrène sénile.*

Les deux autres questions restées dans l'urne, étaient :

1° *Rectum chez l'homme; — Cancer du rectum.*

2° *Voies biliaires; — Symptômes et complications de la lithiase biliaire.*

Nécrologie. — Nous recevons une triste nouvelle. M. le docteur Spillmann, médecin principal de 1re classe, ancien professeur agrégé du Val-de-Grâce, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger, vient de succomber aux suites d'une longue et cruelle maladie. Notre regretté confrère avait noblement gagné par un consciencieux labeur, la haute situation qu'il avait acquise. Dès ses débuts, comme surveillant à l'Ecole de médecine militaire de Strasbourg, il avait montré à ses collègues et à ses maîtres ce que peuvent la constance dans le travail et le courage à reprendre patiemment dans leurs plus minutieux détails les études d'anatomie et de physiologie. Plus tard, dans ses nombreux concours qu'il fit au Val-de-Grâce, il étonna chacun de ceux qui l'avaient connu précédemment, par la sûreté de son instruction professionnelle et l'élégance de sa parole.

Bientôt après sa collaboration avec le professeur Gaujot, il se montra non seulement érudit, mais encore chirurgien à la fois habile et expérimenté. Nous n'avons pas à énumérer ici ses nombreux mémoires, non plus que les articles du *Dictionnaire encyclopédique* qui lui sont dus. Il nous suffisait, en annonçant sa mort, de faire sentir toute l'étendue de la perte que subissent le Corps médical, l'Université et l'Armée.

(*Gazette hebdomadaire.*)

— Le lundi 3 décembre 1883, à midi précis, il sera ouvert à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, 1, à Paris, un concours pour la nomination à 6 places d'interne titulaire en médecine actuellement vacantes dans lesdits établissements.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, bureau du Personnel, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le jeudi 1er jusqu'au samedi 17 novembre 1883 inclusivement.

La crémation. — Le Conseil général du Puy-de-Dôme, à l'instigation de M. le docteur Blatin, a émis le veu : que la crémation soit explicitement autorisée, par mesure législative; que, dans les cas d'épidémie, où la question de salubrité prime toutes les autres, l'incinération devienne obligatoire; que, même en dehors des cas d'épidémie, l'administration puisse recourir à la crémation des cadavres non réclamés des hospices; enfin que tous les 5 ans au moins, les administrations municipales soient autorisées à faire incinérer d'office les corps ou les débris qui se trouvent dans les concessions temporaires ou dans les fosses communes.

Ecole du Val-de-Grace. — *Concours.* — Un concours s'ouvrira, le lundi 7 janvier 1884, a l'Ecole du Val-de-Grâce, pour un emploi de professeur agrégé en médecine.

Les épreuves du concours seront déterminées ainsi qu'il suit, et continueront à être exécutées conformément aux prescriptions de la décision ministérielle du 6 avril 1878 : 1° Composition écrite sur une question d'épidémiologie militaire; 2° Leçon sur une question d'hygiène et de médecine légale militaires; 3° Examen clinique de deux malades fiévreux atteints, l'un d'une maladie aiguë, l'autre d'une affection chronique. Leçon sur les deux cas observés; 4° Autopsie cadavérique avec démonstration médico-légale, s'il y a lieu, des lésions qu'elle révèle. Examen macroscopique et microscopique de pièces anatomiques. — Les deux premières épreuves seront éliminatoires.

Conformément à la décision ministérielle du 4 février 1881, les médecins-majors de 1re et de 2e classe seront seuls admis à prendre part au concours. Les médecins militaires de l'un de ces grades, qui désireront concourir, adresseront au Ministre de la guerre une demande qui devra, sous peine de rejet, être revêtue de l'avis motivé de leurs chefs. Cette demande sera transmise par la voie hiérarchique et devra être parvenue au Ministre avant le 1er décembre 1883, terme de rigueur.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Considérations cliniques et thérapeutiques sur la scrofule et la syphilis héréditaire.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 9 juin 1883,

Par le docteur Ch. Abadie.

Suite et fin. — Voir le numéro du 4 octobre.

Parmi les faits les plus probants et qui me paraissent les plus démonstratifs à cet égard, je citerai le suivant.

Il y a cinq mois environ, un enfant de quinze ans m'est amené par son père, en raison d'une maladie oculaire dont le début remontait à huit mois. Je constate à gauche une iritis chronique ayant évolué et abouti à une oblitération complète de la pupille par des exsudats. En outre, la cornée est grisâtre, infiltrée, opaque dans son tiers inférieur. De ce côté, la vision est réduite à une simple perception lumineuse quantitative. A l'œil droit, lésions analogues, mais à un stade beaucoup moins avancé. La cornée commence à s'infiltrer, des exsudats font adhérer çà et là le bord pupillaire, mais le centre de la pupille est encore libre. Continuant mes investigations pour tâcher de découvrir l'origine de cette affection oculaire, je constate un énorme engorgement des ganglions sous-maxillaires et des ganglions pré-auriculaires ; celui de droite, en particulier, a atteint le volume d'une noisette et est très apparent.

Ce jeune garçon présente, en outre, une lésion bien singulière que je n'ai jamais rencontrée, ni vu décrite nulle part; ce sont de petites nodosités du volume d'un pois répandues un peu partout à la surface du corps. Ces tumeurs siègent immédiatement sous la peau, qui présente partout sa coloration normale. Elles ne sont pas adhérentes et, prises entre les doigts, elles ont à peu près la dimension et la consistance d'un petit pois sec. Il en existe un peu partout sous la surface tégumentaire, mais principalement sous la peau des bras.

Le père, interrogé avec soin, m'avoua qu'il avait eu la syphilis quelque temps avant son mariage et qu'il l'avait communiquée à sa femme. Chez lui, la syphilis avait été relativement bénigne; mais, chez sa femme, elle avait été plus grave.

L'enfant que j'examinais était pourtant venu au monde bien portant. Pendant sa première enfance, il n'avait eu ni gourme ni engorgements ganglionnaires; mais, vers l'âge de douze ans, les ganglions sous-maxillaires commencèrent à augmenter de volume, son teint pâlit, ses chairs devinrent molles et flasques, l'appétit se perdit; il survint une constipation opiniâtre; à ces changements physiques succédèrent une paresse intellectuelle, de l'indifférence pour tout, puis de la tristesse. A cette époque, plusieurs médecins en renom furent consultés; ils considérèrent cet enfant comme un scrofuleux et prescrivirent l'huile de foie de morue, le sirop d'iodure de fer, le séjour au bord de la mer, etc.

Malgré l'emploi de ces divers moyens, la santé générale resta aussi médiocre et les lésions locales ne firent que s'accentuer. Les masses ganglionnaires sous-maxillaires continuèrent à grossir, les petites nodosités sous-tégumentaires dont nous avons déjà parlé, se développèrent un peu partout, et enfin apparurent les lésions oculaires.

L'iodure de potassium fut administré à assez haute dose (1 gramme,

puis à 3 gram. par jour), mais il ne parut avoir qu'une action insignifiante, et les lésions oculaires en particulier continuèrent à évoluer; la pupille de l'œil gauche finit, malgré tout, par être envahie par les exsudats et s'oblitéra. La situation devenait de jour en jour de plus en plus critique, et devant l'insuccès de ces diverses médications, les parents, découragés et arrivés à cette période où l'on consulte un peu tout le monde, vinrent me trouver. Mon impression fut que les lésions oculaires étaient presque sûrement spécifiques, et qu'il s'agissait d'accidents syphilitiques survenus chez un scrofuleux, et que c'était peut-être à cause de la complication de ces deux diathèses que le traitement avait échoué.

On va voir par la suite qu'il n'en était rien et que tous les *accidents relevaient de la syphilis*. Je soumis ce petit malade aux injections de peptonate de mercure; j'en pratiquai deux, mais elles furent si douloureuses, si mal supportées, que craignant du découragement je leur substituai la médication suivante très employée en Angleterre, et que je tiens de l'éminent médecin de Saint-Louis, le docteur Ernest Besnier.

Sublimé corrosif.	cinq centigrammes.
Iodure de potassium.	6 grammes.
Alcool	15 —
Sirop.	20 —
Eau.	200 —

3 cuillerées à soupe à prendre par jour pendant trois jours, suspendre trois jours, puis reprendre trois jours et ainsi de suite.

Au bout de *quinze jours* de cette médication, l'amélioration était devenue très manifeste, les lésions oculaires rétrocédaient; mais, chose remarquable et qui constitue le point capital de cette observation, et lui donne sa valeur démonstrative, les masses ganglionnaires sous-maxillaires se fondaient à vue d'œil, les nodosités sous-tégumentaires s'affaissaient et se résorbaient; par conséquent ces accidents, considérés *comme scrofuleux*, qui depuis des mois et des années avaient résisté à toutes les autres médications, disparaissaient à présent comme par enchantement.

Après un mois et demi de ce traitement, l'engorgement ganglionnaire avait complètement disparu, il ne restait pas trace des nodosités sous-tégumentaires; l'appétit était devenu excellent; la constipation opiniâtre avait cessé; le caractère était assez gai, l'aptitude au travail bien plus grande. En un mot, tous les accidents qui jusqu'alors avaient été mis sur le compte de la *constitution scrofuleuse*, avaient complètement disparu, et cela dans l'espace d'un mois et demi sous l'influence de *doses insignifiantes de sublimé* associées à des doses minimes d'*iodure de potassium*.

Autre exemple : Un jeune homme de 20 ans se présente à ma clinique atteint d'une kératite parenchymateuse à forme très grave. Le début de la maladie remonte à deux mois environ; l'œil gauche a été atteint tout d'abord, puis l'œil droit s'est pris à son tour. Jusqu'à cette époque, la santé générale avait été parfaite. Ce jeune homme est cocher.

L'affection oculaire a marché avec une telle rapidité qu'au bout d'un mois la cécité était complète, et c'est conduit par sa mère qu'il se présente à notre clinique. Nous constatons l'existence d'une double kératite parenchymateuse à forme grave (forme maligne que j'ai décrite jadis); les cornées sont complètement opaques, rougeâtres et vascularisées en certains points; la réaction est vive; photophobie extrême; blépharospasme; douleurs violentes par intervalles.

La mère de ce jeune homme me donne les renseignements suivants :

Mariée à 21 ans, elle prétend n'avoir jamais été malade, mais ses premières grossesses furent très malheureuses. Son premier enfant mourut à 14 mois, puis un second avant terme, un troisième également, et le quatrième est le malade en question.

Nous ferons remarquer la grande léthalité des premières grossesses, léthalité regardée à juste titre comme caractéristique de l'infection syphilitique.

Quoi qu'il en soit, ce jeune homme s'est toujours parfaitement bien porté jusqu'à 20 ans; il n'a jamais eu la moindre affection pendant son enfance. Jamais d'eczéma impétigineux, ni d'engorgements ganglionnaires; aucune maladie ni aiguë ni chronique; *système dentaire en parfait état.* Ce jeune garçon est bien développé; sa force musculaire est puissante; en un mot, santé parfaite jusqu'au moment où cette grave affection oculaire a éclaté comme un coup de foudre.

Comme traitement, nous prescrivons 2 grammes d'iodure de potassium par jour; des instillations d'atropine; un régime tonique; du vin de quinquina, etc. Au bout de quinze jours, aucune amélioration, plutôt aggravation; nous élevons la dose d'iodure à 3 grammes, puis à 4; aucun changement appréciable; nous prescrivons alors les frictions mercurielles, que nous portons rapidement à la dose de 6 grammes par jour. Ce traitement très énergique, comme on le voit, fut poursuivi pendant trois mois sans interruption et sans résultat appréciable, si ce n'est un peu d'amaigrissement et un certain degré d'amoindrissement des forces.

L'état des cornées était toujours pitoyable et le pronostic me paraissait fâcheux. C'est dans ces conditions que j'eus l'idée de remplacer les frictions mercurielles par les injections de peptonate de mercure. Une première injection de 5 milligrammes fut suivie d'un résultat surprenant, en ce sens que ce malade, qui depuis cinq mois était tourmenté par de la photophobie, du blépharospasme et des douleurs extrêmement pénibles, commença à entr'ouvrir librement les paupières.

Le lendemain, nouvelle injection, nouvelle amélioration; à la quatrième, il n'était pas douteux que les cornées s'éclaircissaient. A partir de ce moment, l'amélioration fit des progrès extraordinaires à vue d'œil pour ainsi dire, et à la vingtième injection, par conséquent au bout de vingt jours de ce nouveau traitement, les cornées avaient repris une transparence presque parfaite. C'est la première fois, depuis que je me livre à la pratique de l'ophthalmologie, que j'ai vu une kératite aussi grave être arrêtée *net* dans sa marche et guérir aussi vite et d'une façon aussi complète.

Depuis, j'ai rencontré des cas analogues, mais je dois avouer pourtant que les injections de peptonate ne m'ont pas toujours paru aussi héroïques. Dans certains cas même elles ont semblé ne donner aucun résultat. D'autres fois, il a fallu les associer à très petites doses (2 à 3 milligrammes seulement) à des doses très élevées d'iodure de potassium, 4 à 5 grammes par jour, et, chose bien remarquable, ces deux médicaments donnés *isolément* semblaient n'avoir ni l'un ni l'autre une puissance curative bien évidente, tandis que donnés simultanément leurs bons effets devenaient manifestes.

J'ai remarqué aussi que, dans ces cas rebelles, difficiles, il y avait souvent avantage à procéder par interruptions brusques, c'est-à-dire qu'après avoir donné pendant un mois ou deux de *très hautes doses* d'iodure associées à de *faibles doses de sublimé,* il fallait suspendre *brusquement* tout traitement, et c'est souvent à ce moment-là seulement que l'amélioration survient d'une façon presque instantanée.

Voici encore un autre cas bien instructif qui prouve combien, en pareilles circonstances, la thérapeutique est difficile, et qui montre en même temps qu'il entre dans le mécanisme de ces guérisons un facteur avec lequel il faut compter, le facteur temps. Il s'agit également d'une kératite parenchymateuse qui a résisté longtemps à l'iodure de potassium à haute dose et aux frictions mercurielles, on aurait pu en conclure que l'affection était scrofuleuse et non syphilitique. Pourtant, comme on le verra, les antécédents, surtout du côté maternel, ne pouvaient laisser aucun doute

sur la nature de la maladie. La jeune fille, sujet de cette observation, n'a paru éprouver aucune amélioration, même avec les injections de peptonate associées à de très hautes doses d'iodure, et puis elle a guéri tout à coup, au moment même où l'on a suspendu cette médication. Voici, en quelques mots, l'histoire de cette jeune malade :

Tout à fait bien portante jusqu'à l'âge de 21 ans, elle a été atteinte, il y a huit mois environ, d'une affection oculaire qui a pris rapidement un certain caractère de gravité. Au trouble considérable de la vision s'est joint bientôt de la photophobie, du larmoiement, du blépharospasme et des douleurs ciliaires intenses. Conduite chez plusieurs spécialistes, tous ont reconnu une kératite parenchymateuse et ont prescrit l'iodure de potassium et l'huile de foie de morue. Nous trouvons les cornées entièrement opaques, les paupières fermées convulsivement, la malade tient la tête constamment baissée cherchant à éviter l'impression de la lumière.

Nous interrogeons la mère qui nous apprend que, mariée à 32 ans, son mari, peu de temps après son mariage, lui a inoculé la syphilis. Pendant huit ans, malgré un traitement prolongé, elle eut des accidents sérieux du côté de la bouche et une perforation de la voûte palatine. Durant cette période, elle eut successivement trois grossesses suivies de trois fausses couches. Enfin, après avoir été ainsi constamment éprouvée pendant plusieurs années, elle finit par guérir. C'est vers le moment de sa guérison qu'elle eut cette jeune fille qu'elle nous amène aujourd'hui.

Depuis le début de la maladie de notre jeune cliente, plusieurs spécialistes ont été consultés, qui tous ont prescrit l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour, l'huile de foie de morue, quinquina, etc. Malgré ce traitement, il n'est survenu aucune amélioration. Nous portons la dose d'iodure à 4 grammes par jour. Au bout d'un mois, aucune amélioration ne s'étant produite, nous essayons les injections de peptonate à la dose de 5 milligrammes, elles sont très bien supportées, mais nous faisons 20 injections (une tous les deux jours) *sans résultat appréciable*.

Nous laissons la malade en repos pendant dix jours, puis nous reprenons les injections à la dose seulement de 3 milligrammes par jour. Nous en pratiquons encore vingt sans obtenir d'amélioration. A ce moment, la malade maigrissant visiblement et perdant l'appétit, nous suspendons toute médication. Deux jours après cette seconde et brusque interruption, les yeux s'ouvrent librement et spontanément, et dans l'espace de trois à quatre jours, les cornées s'éclaircissent à vue d'œil et la guérison s'affirme.

Pour nous résumer, nous dirons donc que, dans la plupart des affections oculaires considérées jusqu'ici comme scrofuleuses, il y a toujours avantage, dès que la maladie prend un certain caractère de gravité et de ténacité, à associer l'iodure de potassium à dose très élevée, quoique relativement proportionnée à l'âge du sujet, aux autres préparations antiscrofuleuses, huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, quinquina, gentiane, etc. Si ces doses élevées d'iodure semblent ne pas agir favorablement, on pourra y joindre concurremment le bichlorure de mercure, soit sous forme d'injections sous-cutanées de peptonate, soit de liqueur de van Swieten associée à l'iodure de potassium, en s'en tenant à la formule et au mode d'administration que nous avons donnés dans la première observation.

Comme on l'a vu dans la troisième observation, même ces médicaments ainsi combinés ne donnent pas *toujours* des résultats immédiats satisfaisants. C'est là précisément le caractère des accidents *tardifs* de la syphilis, qu'elle soit acquise ou héréditaire, de ne plus subir de loi commune et de ne plus se comporter de la même façon chez tous les malades sous l'influence des mêmes traitements. Il semblerait que, par son long séjour dans l'économie, cette diathèse subit l'influence des transformations que l'âge

ou d'autres états morbides impriment nécessairement à l'organisme d'un chacun.

Il est un point sur lequel je désire insister encore, c'est l'amélioration immédiate qui se produit souvent au moment même où on suspend le traitement. La suspension doit être brusque et non graduelle. Un malade prend 4 à 5 grammes d'iodure de potassium depuis deux ou trois mois, concurremment, il est soumis aux injections de peptonate ou aux préparations de sublimé. Tant qu'il est soumis à cette médication énergique, il semble ne se produire aucune modification apparente dans son état. On cesse tout traitement, et aussitôt l'on voit sa maladie se transformer subitement et prendre meilleure tournure. Par contre, ce même traitement, qui était bien supporté à un moment donné, s'il est repris ou continué mal à propos, semble aggraver le mal et presque provoquer une récidive. Ces faits nous ont déjà frappé plusieurs fois, ils sont bons à signaler, car, s'ils étaient méconnus, ils pourraient conduire à des erreurs thérapeutiques. Ainsi, par exemple, si un malade étant soumis pendant longtemps à de l'iodure de potassium à haute dose, on vient à supprimer ce médicament et à en donner un autre, le seul fait de la suppression de l'iodure peut produire une amélioration qu'on est tenté d'attribuer au dernier remède prescrit. Il y a enfin toujours dans l'évolution de ces lésions un facteur important qu'il ne faut jamais négliger, et qui semble jouer un rôle considérable dans la syphilis héréditaire tardive. C'est le facteur temps. Des accidents localisés sur certaines régions de l'économie y persistent des années sans se laisser à peine modifier par les traitements les plus variés, puis disparaissent en apparence spontanément.

Nous savions que, conformément à cette loi générale, la kératite parenchymateuse bénigne, traitée par l'iodure de potassium à faible dose, l'huile de foie de morue, etc., persistait pendant des années entières sans subir presque de modification, et puis peu à peu sans qu'on eût rien changé au traitement, disparaissait lentement pour ne plus revenir.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les Écoles préparatoires de médecine militaire

Dans notre temps d'essais de toute nature, on se demande si la nouvelle organisation des écoles de santé militaires et le décret du 4 octobre dernier sont choses définitives. Chaque période de douze ou quinze ans apporte des changements dans le système de recrutement de nos confrères de l'armée et à chaque changement nouveau, on se sert des mêmes arguments pour justifier les innovations. La stabilité des institutions militaires étant une des conditions de la puissance nationale, il serait vraiment raisonnable de réclamer, de ceux qui dirigent les destinées de la patrie, plus de constance dans leurs idées et de suite dans leurs projets.

De 1856 à 1870, l'École préparatoire de Strasbourg et la Faculté de médecine de cette ville si douloureusement regrettée assuraient tant bien que mal le recrutement des médecins de l'armée. D'ailleurs, ayant pour maîtres des illustrations médicales et chirurgicales, l'enseignement de cette école possédait un éclat qu'on n'a pas oublié. Après la perte brutale de l'Alsace, les revers de la campagne de 1870 et le désastreux traité de Francfort, un vent de réformes animait l'administration de la guerre. On connaissait les inconvénients de Strasbourg ; on considérait l'internat et le casernement des élèves de santé comme inutile, et on pensait que pour leur profit il était superflu de conserver une organisation et un personnel de répétiteurs et un état-major de surveillants. L'École de Strasbourg ne fut donc ni transportée ni réorganisée dans une autre ville, on imagina le système qui vient d'être condamné par le récent décret.

Pendant douze années, jusqu'à l'époque actuelle, les élèves furent répartis suivant leurs convenances et leur choix dans onze villes pourvues à la fois de facultés ou d'écoles de médecine de plein exercice et d'un hôpital militaire, y compris Paris. Ils étaient

attachés à cet hôpital et placés sous la surveillance disciplinaire et la direction scientifique des médecins militaires, chefs de cet établissement hospitalier.

Ce système d'éducation médicale avait-il des avantages? Il a permis de trouver les ressources nécessaires pour combler les vides annuels du corps de santé militaire. Mais, d'après la parole ministérielle, voici qu'il est devenu insuffisant pour satisfaire aux besoins du service et aux exigences du la loi du 6 mars 1882 sur l'administration de l'armée, loi par laquelle le personnel de santé est élevé de 1,316 à 1,485 médecins et pharmaciens. Cet aveu officiel témoigne en faveur des plaintes sur l'insuffisance du personnel de santé militaire, plaintes souvent formulées à la grande colère des partisans du *statu quo* et des intéressés à ne pas accroître le cadre de ces officiers.

Pour tardif qu'il soit, cet aveu est précieux et montre bien les difficultés de recruter le personnel. A ce mal bien réel, le remède proposé sera-t-il efficace? En d'autres termes, allons-nous assister à une rapide multiplication du nombre des postulants à la médecine militaire, et voir les jeunes médecins poursuivre la carrière de l'armée de préférence à la pratique civile?

Ces mesures, dit-on, auront pour effet de faire contrôler et favoriser le travail des élèves; car « la plupart mettent plus de lenteur à subir les examens probatoires, et leur vie en commun avec les étudiants civils développe en eux la tendance à renoncer de bonne heure à la carrière militaire. De là de nombreuses démissions qui se traduisent par une diminution de l'effectif de chaque promotion annuelle, et conséquemment de celui du cadre pour lequel ces prévisions d'un recrutement normal ne peuvent être établies. »

Après dix années, on s'aperçoit de ces inconvénients. Le délai est un peu long; et, sans vouloir passer pour un esprit frondeur, cette lente perspicacité ne nous paraît pas être tout à l'honneur de l'administration. En tout cas, le remède proposé consiste dans *l'internement des élèves.* On les mettra sous clef pour les préserver du contact pernicieux, paraît-il, des étudiants civils. Redoutables étudiants civils! Malheureux étudiants militaires! Est-ce bien le moyen d'attirer les jeunes gens vers la carrière militaire, que de leur offrir la perspective de ce régime, quelque magnifique que soit le futur casernement offert par les municipalités de Nancy et de Bordeaux?

« Ces mesures, ajoute le ministre, ont pour but de développer en eux l'esprit de corps.
« Seulement, pour atténuer en partie les effets de ce régime trop longtemps prolongé,
« les élèves, à partir de la quatorzième inscription jusqu'à leur réception au doctorat en
« médecine, ne seront plus assujettis à un casernement aussi étroit; ils jouiront d'une
« liberté relative en tant qu'elle est compatible avec les nécessités de la discipline. »

La discipline de ces Ecoles sera militaire; les élèves contracteront un engagement et y recevront une certaine instruction militaire; leur personnel dirigeant sera employé en même temps pour le service hospitalier, l'instruction et la surveillance des élèves.

Le même décret rétablit en partie l'ancienne organisation de l'Ecole du Val-de-Grâce. Elle recevra les docteurs stagiaires venant des Ecoles de santé en qualité d'officiers-élèves et possédant le grade d'aide-major de 2e classe. Une autre mesure concernant l'enseignement nous paraît des plus utiles et digne peut-être d'imitation; la durée du professorat y sera limitée à dix années, afin de ne pas laisser un même titulaire occuper trop longtemps la même chaire et prévenir les inconvénients d'une spécialisation qui le tient trop éloigné du corps de santé lui-même. Par une autre décision d'ordre intérieur, l'enseignement de la législation et de l'administration militaire est désormais rattaché à la chaire d'hygiène et de médecine légale.

Si ces modifications constituent un progrès sur l'état de chose actuel, l'expérience le prouvera. Conclure à la pérennité de cette réglementation serait vraisemblablement se tromper dans un pays où tant de décrets durent seulement ce que durent les ministres! Il y aurait un moyen moins incertain d'attirer les jeunes étudiants vers la carrière militaire : ce serait d'augmenter les avantages matériels et d'accroître la situation du médecin d'armée, surtout dans les grades inférieurs de la hiérarchie. Dans l'encombrement des carrières libérales, c'est là assurément qu'il faut chercher le motif des démissions trop nombreuses et de l'insuffisance du recrutement. — L. D.

CONGRÈS INTERNATIONAL DES MÉDECINS DES COLONIES (1)

Tenu à Amsterdam les 6, 7 et 8 septembre 1883.

Dans la précédente séance, M. le docteur van den Corput, de Bruxelles, avait demandé que le Congrès prît l'initiative pour fonder une sorte de ligue internationale contre les maladies contagieuses. Un bureau central, installé dans une localité quelconque, recevrait des communications régulières sur l'état sanitaire de l'Europe et de tous les pays, et enverrait partout des renseignements sûrs et certains. Ce serait une sorte de télémétéorographie sanitaire, et un centre d'où partiraient les dépêches pour annoncer l'état de l'atmosphère, l'approche des orages, etc. De son côté, M. van Leent demanda la création d'un système de notification internationale, exigible de tout navire entrant dans un port, et délivrée au port de sortie par un agent sanitaire spécial.

Une commission, nommée pour examiner ces propositions, demanda qu'on la déclarât permanente, pour avoir le temps d'étudier les questions sous toutes leurs faces, et qu'on lui adjoignît de nouveaux membres. Ainsi constituée, cette commission pourra essayer de formuler des conclusions qu'elle fera connaître au Congrès international d'hygiène qui se réunira à La Haye en 1884.

MM. Fayrer, Lewis, Le Roy de Méricourt, da Silva Amado, etc., ont été nommés membres de cette commission.

Dans la troisième séance générale, on s'est occupé de la question de l'éducation spéciale des médecins des colonies. Les quelques membres qui ont pris la parole sur ce sujet se sont surtout inspirés de ce qui se passait dans leurs colonies particulières. Les Hollandais ont eu en vue les Indes néerlandaises; les Anglais les colonies de l'Australie, du Canada, des Grandes-Indes; notre compatriote, M. Catrin, l'Algérie et la Tunisie. Tous se sont accordés à dire que les médecins indigènes étaient absolument insuffisants comme savoir et comme nombre; que les médecins de la mère-patrie l'étaient de leur côté comme nombre et comme connaissance de la langue du pays.

M. Catrin nous paraît avoir bien défini le rôle du médecin de colonisation en disant qu'il devait être avant tout un agent de civilisation. Dès que le médecin de colonisation sait la langue du pays et que, par une opération un peu *bruyante*, il a appelé l'attention des indigènes sur lui, ceux-ci accourent en foule, surtout parce qu'il les soigne gratis, et son influence devient considérable. Mais la connaissance de la langue du pays est absolument indispensable, car elle permet de s'affranchir des services de l'interprète, très coûteux pour les indigènes, et par suite très nuisibles au bon vouloir du médecin de colonisation.

Les sections spéciales étaient au nombre de deux : la première comprenait la climatologie, la géographie médicale, la pathologie générale, l'hygiène ; la seconde, la pathologie et la thérapeutique spéciales.

Dans la première, M. B. Carsten, inspecteur-adjoint du service médical à La Haye, s'appuyant sur une pratique de vingt ans aux Indes néerlandaises, a démontré que la phthisie est plus fréquente dans les climats tropicaux que dans les climats tempérés et froids, et que les climats des tropiques sont funestes aux phthisiques venus des pays tempérés. Cette opinion n'est toutefois pas admise par tout le monde en Hollande, car M. van Overbeek de Meijer dit qu'un certain nombre de ses confrères professent des idées contraires.

M. Bonnafont a fait lire un mémoire sur le mode de drainage du sol par l'eucalyptus. D'après lui, cette plante rend le sol moins humide par l'absorption considérable de ses racines, et purifie l'atmosphère par l'odeur balsamique de ses feuilles.

M. Gori, professeur agrégé à l'Université d'Amsterdam, a exposé les différents modes de transport des malades et des blessés par les voies ferrées dans les climats tropicaux. Il recommande une ventilation très grande des voitures et leur désinfection complète.

Divers travaux ont encore été présentés, l'un de M. Landré, de Bruxelles, démontrant que la lèpre est contagieuse, mais par le contact direct seul, et non par l'intermédiaire de l'air ; un autre de M. van der Heyden, chef de l'hôpital et de l'Ecole médicale à Kobé (Japon), sur le rôle des microbes dans la formation des organismes vivants; de M. Le Roy de Méricourt, sur les modifications que subissent les maladies dans les pays tropicaux ; de M. Norman-Chevers, sur les modifications que subissent certaines maladies, en particulier les maladies infectieuses, sous l'influence de ces mêmes climats, et dont nous retenons cette conclusion qu'aux Indes la majorité des morts est causée par la malaria et le choléra, et par des fluxions intestinales; de M. Baart de la Faille sur l'in-

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 6 octobre.

fluence physiologique et thérapeutique du climat; et de M. van Léer sur la genèse du choléra, qu'il attribue à des germes terrestres mis au jour par les tremblements de terre et les éruptions volcaniques.

Nous devons mentionner particulièrement le travail de M. Catrin sur les modifications apportées à la syphilis par les pays chauds, en particulier chez les Arabes. Chez eux, la syphilis est très fréquente et très grave, et il en accuse surtout la débauche, la malpropreté, le fatalisme des Arabes, le manque de toute mesure sanitaire, d'un bon traitement au commencement de la maladie. Mais M. Catrin suppose qu'il y a encore une cause plus aggravante, c'est la malaria. Il démontre, par une énumération de beaucoup de pays et de villes d'Europe, que partout où l'on trouve des fièvres intermittentes, la syphilis règne sous forme maligne, tandis que cette maladie est en général bénigne là où il n'y a pas de malaria.

Dans la deuxième section, M. Fayrer a lu un long rapport, rédigé par M. Joseph Ewart et par lui, sur le traitement des maladies exotiques et tropicales dans les climats modérés; et MM. Le Roy de Méricourt et Corre un travail en commun sur le traitement des maladies exotiques, en particulier de la dysentérie tropicale. Nous n'avons rien trouvé dans ces travaux que nous ne sachions déjà, d'après ceux des médecins de la marine qui ont écrit sur ces maladies. M. Catrin pense qu'on doit attendre de grands services des *sanatoria*, mais que ces établissements laissent actuellement beaucoup à désirer, et que leur installation, comme elle devrait l'être dans l'état actuel de la science, serait très utile dans le traitement des diverses affections chroniques dues à un séjour prolongé dans les climats tropicaux.

M. Scriven, chirurgien de brigade à Londres, a obtenu de bons effets des injections sous-cutanées de l'hydrobromure de quinine, dans les cas où le succès était incomplet après l'administration ordinaire; où il y avait intolérance de l'estomac; où l'on voulait introduire dans l'organisme une quantité de médicament plus forte que celle qu'aurait pu supporter l'estomac; où les effets accessoires (nausées, bourdonnements d'oreilles, symptômes nerveux) étaient très prononcés; enfin, comme dernière ressource, dans les cas de mort imminente. Il y a eu quelques abcès à la suite, mais rarement.

Au nom de M. Waring, M. Stokvis lit un travail sur quelques médicaments indigènes des pays tropicaux et présente de beaux spécimens des substances décrites, entre autres la racine de l'*Ophelia chirata*, qui jouit des mêmes propriétés que la gentiane, mais à un plus haut degré, et les écorces de la racine de *Berberis cristata*, que l'on considère comme un bon antipyrétique.

M. Scheube, ancien professeur au Japon, professeur à Leipzig, a fait ensuite une communication sur le béribéri (kakke des Japonais), qu'il croit de nature miasmatique, et tout à fait différente du lathyrisme, dont on a beaucoup parlé récemment. Il présente de nombreuses coupes histologiques des lésions trouvées dans les muscles et les petites branches des nerfs périphériques. D'après ces caractères, l'affection devrait être désignée sous le terme de *neuritis multiplex endemica*.

Mentionnons, pour terminer, un mémoire sur l'élimination par les selles du mercure introduit dans l'organisme par les voies cutanées, et un autre de M. Eklund, sur la nature du diabète.

En somme, ce premier Congrès des médecins des colonies a donné d'assez bons résultats pour que ses membres aient cru utile de se réunir de nouveau, ce qui nous dispense de tout commentaire. Le prochain Congrès aura lieu à Londres.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 octobre 1838. — Présidence de M. HARDY.

M. BOULEY présente, au nom de M. le docteur de Gives, professeur à l'Ecole royale vétérinaire de Kurghem-les-Bruxelles, le compte rendu d'expériences d'inoculation de la péripneumonie contagieuse par les injections intra-veineuses. (Com. MM. Leblanc, Goubaux et Bouley, rapporteur.)

M. FAUVEL dépose sur le bureau un exemplaire du compte rendu des séances du quatrième Congrès international d'hygiène et de démographie à Genève.

M. LARREY présente, au nom de M. le docteur Burdel (de Vierzon), membre correspondant : 1° un ouvrage intitulé : *La vigne et le vin, manuel du planteur de vigne dans les*

terrains pauvres; — 2° une seconde brochure intitulée : *Etude générale sur les eaux potables en Sologne, au point de vue de l'hygiène.*

M. le président HARDY présente, de la part de M. le docteur Journis, médecin militaire belge, un Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la garnison de Liège.

Sur l'invitation de M. le Président, M. LEGOUEST donne des nouvelles de M. Jules Rochard. L'état de M. Rochard continue à être excellent, et tout porte à faire espérer que le sympathique blessé va bientôt entrer en convalescence. (Applaudissements.)

—

M. le docteur COLLONGUES lit un travail intitulé : *Etude sur l'hygrométrie médicale appliquée à la peau et à sa fonction;* il met sous les yeux de l'Académie un appareil qu'il a imaginé pour mesurer l'état hygrométrique de la main, et en tirer des indications relatives au diagnostic, au pronostic et au traitement des maladies.

—

M. GIRAUD-TEULON lit, en réponse à la dernière communication de M. Marey sur le mécanisme de la locomotion, un travail dans lequel il s'efforce de démontrer, contrairement à l'opinion émise par M. Marey, que, dans la marche, le corps, à aucun moment, ne se détache complètement du sol pour se soutenir en l'air.

M. MAREY répond en quelques mots qu'il n'est pas admissible de refuser à notre corps la propriété de se soutenir en l'air sans support; il a cherché à démontrer cette propriété en s'appuyant sur les expériences et sur les indications du dynamomètre; il invite M. Giraud-Teulon à venir voir de ses yeux ces expériences qui ne manqueront pas d'entraîner sa conviction.

— La séance est levée à quatre heures un quart.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 octobre 1883. — Présidence de M. GUÉNIOT.

SOMMAIRE. — Rapports : 1° sur une observation de tumeur dermoïde du plancher de la bouche; 2° sur une observation de névralgie de la branche ophthalmique du trijumeau. — Taille hypogastrique; discussion. — Angiome pulsatile. — Présentation d'instrument : tubes à drainage.

M. CHAUVEL donne lecture d'un rapport sur deux observations adressées par M. le docteur Dardignac (?), médecin-major.

La première observation est relative à une tumeur dermoïde du plancher de la bouche. Le diagnostic établi d'après les caractères classiques, tels que l'origine congénitale de la tumeur, son accroissement rapide vers la vingtième année, son siège sur la ligne médiane, ses connexions avec les muscles, etc., fut confirmé par une ponction exploratrice qui donna issue à de la matière sébacée. La guérison fut promptement obtenue après l'opération de l'ablation de la tumeur, qui ne présenta d'ailleurs rien de particulier.

La deuxième observation est un cas de zona ophthalmique, accompagné de lésions sérieuses du côté de la cornée, chez un jeune homme de 24 ans. Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est de voir, malgré l'intensité des phénomènes inflammatoires, les symptômes cornéens, devenus menaçants, s'amender rapidement et disparaître peu à peu sous l'influence d'une parotidite intercurrente.

M. Chauvel ne saurait partager l'opinion de l'auteur, qui propose, en pareil cas, de recourir à l'élongation, ou même à l'arrachement du nerf nasal externe; l'expérience des résultats d'une semblable opération ne semble pas, aux yeux de M. le rapporteur, militer en faveur de son application à des cas de ce genre.

— M. DESPRÈS fait une communication relative à une observation de taille hypogastrique. L'auteur déclare qu'il ne partage pas l'espèce d'entraînement qui pousse depuis quelques années les chirurgiens à la pratique d'une opération à laquelle on n'avait recours que d'une manière exceptionnelle. Il ne saurait surtout approuver que cette opération soit pratiquée pour de petits calculs et ne soit pas réservée uniquement pour l'extraction des calculs volumineux.

Le malade qu'il a opéré, jeune homme de 21 ans, présentait depuis longtemps les signes rationnels d'un calcul vésical qu'il fut, d'ailleurs, facile de reconnaître au moyen

du cathétérisme. Le calcul était volumineux et fut trouvé, après l'extraction, du poids de 145 grammes.

Les urines étaient purulentes, des poussées inflammatoires s'étaient manifestées à plusieurs reprises du côté des reins, et il était à craindre que des accidents infectieux ne se manifestassent après l'opération. Il n'en fut rien, cependant. L'opération a été pratiquée au mois de juin dernier d'après le procédé de Rosset. Un tube à drainage en caoutchouc vulcanisé fut introduit par le cathétérisme rétrograde et détermina un peu d'uréthrite; un abcès se forma dans le tissu spongieux de l'urèthre; des douleurs rénales accompagnées de fièvre se manifestèrent par accès; mais, finalement, le malade a guéri complètement au bout de quatre mois, la plaie de l'opération, qui s'était rouverte à deux reprises, s'étant définitivement cicatrisée.

Le procédé de Rosset, employé par M. Desprès, consiste, comme on le sait, à inciser largement la paroi abdominale et à ouvrir la vessie sans recourir au ballonnement du rectum ni à l'injection intra-vésicale.

M. Desprès ne rencontra aucune difficulté dans le cours de son opération qui est, suivant lui, l'une des plus simples et des mieux réglées, à la condition que le chirurgien se donne du jour suffisamment. C'est là le point essentiel, et c'est à tort que la plupart des chirurgiens qui pratiquent aujourd'hui cette opération s'appliquent à diminuer de plus en plus la longueur de l'incision sous prétexte de ne pas ouvrir le péritoine.

Il résulte, en effet, d'expériences auxquelles s'est livré M. Desprès sur cinq cadavres que la vessie n'est jamais absolument pleine ni absolument vide, et il a pu, au moyen d'un procédé particulier, entrer d'emblée dans la vessie quatre fois sur cinq. Dans le cinquième cas, le cadavre était celui d'un individu atteint d'ascite et qui n'avait pas d'urine dans sa vessie.

Sur le vivant, il y a toujours de l'urine dans la vessie, surtout lorsque cet organe est continuellement irrité par la présence d'un corps étranger. L'opération se trouve simplifiée par suite de la distension de la cavité vésicale, si peu considérable qu'elle soit.

Le chirurgien trouve, en outre, un guide sûr dans la présence de l'ouraque étendu en éventail sur le sommet de la vessie, et dans les deux veines épigastriques qui constituent également un point de repère précieux. Enfin, on se rappellera que la hauteur des muscles pyramidaux correspond exactement à celle de l'ouraque dans les cas où la vessie est normale et contient un peu d'urine. En se guidant par ces points de repère, le chirurgien arrive facilement à faire une incision convenable, c'est-à-dire 7 à 8 centimètres.

Le manuel opératoire consiste en résumé à inciser la ligne blanche sur toute la hauteur du muscle pyramidal, à chercher les deux veines épigastriques, à découvrir le point où l'ouraque s'épanouit sur la vessie, à inciser celle-ci aussi près que possible du pubis, et si l'incision est insuffisante pour laisser passer le calcul, à l'agrandir en haut et en bas avec des ciseaux.

M. Desprès rend hommage, en terminant, à Giraldès qui, dit-il, avait raison quand il proclamait que la taille hypogastrique était la moins meurtrière des opérations de taille; mais il ne saurait trop répéter que cette opération doit être réservée pour les calculs volumineux.

M. Desprès montre le calcul qu'il a extrait de la vessie de son opéré. Ce calcul paraît s'être formé dans la portion prostatique de l'urèthre; l'analyse chimique prouve qu'il est composé de phosphate de chaux.

M. Desprès ajoute qu'il y a avantage, après l'opération, à ne pas laisser la plaie se fermer trop vite, afin que s'il reste des fragments on puisse les enlever facilement en dilatant au besoin la plaie avec de l'éponge préparée. C'est ce que M. Desprès a fait chez son malade. Il a d'ailleurs eu recours, selon son habitude constante, aux anciennes méthodes de pansement; seulement, pendant quelques jours, il a cru devoir laver la plaie avec une solution d'acide borique dans le but de neutraliser l'alcalinité de l'urine.

M. Périer se propose de communiquer prochainement trois observations de taille hypogastrique faite d'après le procédé de Petersen. Il regrette que M. Desprès n'ait pas expérimenté sur le cadavre le procédé du ballonnement rectal et de l'injection intra-vésicale, comparativement avec le procédé qu'il a employé sur son malade.

M. Lucas-Championnière trouve intéressant le procédé employé par M. Desprès, mais ce procédé peut présenter des difficultés que l'on évite avec le ballonnement du rectum. Sans doute il est possible de pénétrer dans des vessies peu distendues, mais il arrive souvent que l'on éprouve de grandes difficultés, même lorsque la vessie a subi une distension modérée; ces difficultés n'existent pas avec le ballonnement.

Le procédé de Petersen expose beaucoup moins aux infiltrations urineuses. D'ailleurs

il n'est pas exact de dire avec M. Desprès qu'il y a toujours de l'urine dans la vessie. On rencontre, en effet, des vessies qui ne contiennent pas une goutte d'urine.

La taille hypogastrique a fait ses preuves, et cela depuis longtemps ; les deux Amussat l'ont pratiquée avec succès ; Amussat fils y avait recours à l'exemple de son père, et employait même l'anse galvanique dans cette opération. Le procédé de Petersen a été un progrès qui a contribué à la répandre, en supprimant la plus grande partie de ses inconvénients.

M. Terrier a été étonné d'entendre M. Desprès, le grand ennemi des antiseptiques, dire qu'il avait lotionné la plaie de son opéré avec une solution d'acide borique ; s'il l'a fait uniquement dans le but d'acidifier l'urine de son malade, rien ne prouve qu'il soit arrivé à un tel résultat par ce moyen.

M. Marc Sée fait remarquer que les muscles pyramidaux indiqués par M. Desprès comme points de repère varient beaucoup dans leur étendue, leur hauteur et même leur existence.

M. Desprès répond que l'absence des muscles pyramidaux est exceptionnelle, et ne se rencontre peut-être pas une fois sur dix mille sujets; on sait, en effet, que, de tous les systèmes, le musculaire est celui qui présente le moins d'anomalies.

A M. Terrier, M. Desprès déclare qu'il ne s'est pas servi de l'acide borique à titre d'antiseptique, mais seulement pour acidifier l'urine de son malade.

Enfin, à M. Lucas-Championnière M. Desprès répond qu'il a fait sa communication uniquement pour faire connaître certaines particularités de la taille hypogastrique, et pour montrer surtout que les procédés nouveaux tant prônés depuis quelques années, surtout par les spécialistes, en particulier le ballonnement du rectum et les injections intra-vésicales, sont le plus souvent inutiles.

— M. le docteur Poulet (de Lyon) donne lecture d'une observation d'angiome pulsatile du pavillon de l'oreille, guéri par l'extirpation. Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. de Saint-Germain, Nepveu et Richelot, rapporteur.

— M. Lucas-Championnière met sous les yeux de ses collègues plusieurs spécimens de nouveaux tubes à drainage, les uns en aluminium, les autres en caoutchouc durci.

A. T.

FORMULAIRE

Prises contre l'ulcère de l'estomac. — Bartholow.

Sous-nitrate de bismuth.	8 grammes.
Sulfate de morphine.	0 gr 06 centigr.

Mêlez avec soin et divisez en 6 prises. — Une prise trois fois par jour, dans du lait, pour calmer la douleur qui accompagne l'ulcère de l'estomac, et diminuer les vomissements souvent si persistants dans cette maladie. — N. G.

JOURNAL DES JOURNAUX

De l'asthme dyspeptique, par Silbermann. — En 1876, l'auteur publiait un premier travail sur l'asthme dyspeptique des enfants, auquel on peut attribuer comme origine une irritation réflexe stomacale (Mayer et Prioram). Voici trois nouvelles observations : 1° Un enfant de treize mois, ayant la diarrhée, est pris tout à coup de vomissements, de dyspnée. On compte 70 respirations, 160 pulsations ; la température était de 37 et les extrémités froides. Il est cyanosé, l'épigastre distendu. On combat la dyspepsie, et deux jours après le malade était guéri. 2° Une fille de six mois est prise tout à coup de troubles gastriques ; elle est cyanosée, ses respirations sont de 60 par minute ; son pouls est de 120, sa température de 39,9, et les vomissements se répètent sans cesse. Le lendemain elle était guérie. 3° Une fille de huit mois est subitement atteinte de ces symptômes ; son pouls irrégulier s'élève à 160 ; l'épigastre est douloureux. On compte d'abord 28 respirations, puis quelques heures après 60 et la température est de 37,1. Quelques heures plus tard la guérison était complète. Pour Traube et Henock, l'irritation réflexe causerait la contraction des artérioles, et par conséquent, la cyanose,

le refroidissement des extrémités et la faiblesse du pouls. D'après Silbermann, ces phénomènes seraient dus à une paralysie du nerf vague produisant le ralentissement des contractions cardiaques et de la circulation pulmonaire, et par conséquent, une surcharge d'acide carbonique dans le sang, de l'œdème et de la dyspnée. (*Berlin. klin. Wochen.* 1882, nº 23 et *The Boston Med. et Surg. Journal,* 2 août 1883. — C. L. D.

COURRIER

M. le docteur Emile Bertherand, ancien chirurgien militaire, a reçu la lettre suivante, qui témoigne d'une profonde reconnaissance pour l'hommage public rendu par l'armée d'Afrique à la mémoire d'un de ses plus savants chirurgiens :

« Paris, 17 septembre 1883.

« Monsieur le docteur,

« Je reçois du ministère de l'intérieur le décret donnant notre nom à un village du département d'Oran, et aussi avis de l'envoi du buste en marbre à l'Académie militaire d'Alger.

« Je sais que vous êtes l'instigateur de ces hommages rendus à la mémoire de mon mari; aussi je ne veux pas même relire une seconde fois le décret sans venir vous remercier.

« Dans ma vie, remplie d'épreuves, rien ne pouvait me causer un aussi grand plaisir; c'est vous dire combien je vous suis reconnaissante.

« Veuillez recevoir, Monsieur le docteur, l'expression de ma haute estime et de mon dévouement.

« Vᵉ Baudens. »

Faculté de médecine de Paris. — Par décret en date du 6 octobre 1883, M. Jaccoud, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique médicale vacante à ladite Faculté, par suite du décès de M. Lasègue.

— Par arrêté ministériel, en date du 6 octobre 1883, la chaire de pathologie interne de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante. — Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— M. le docteur Letulle, médecin des hôpitaux, est nommé médecin-adjoint au lycée Henri IV. (Emploi nouveau.)

Scorbut dans les prisons de la Seine. — Dans la dernière séance du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, M. Lancereaux a donné communication d'un rapport sur plusieurs cas de scorbut observés à l'infirmerie centrale de la Santé et au Dépôt des condamnés, chez des récidivistes ayant passé une partie de leur vie dans les prisons, et se trouvant ainsi prédisposés à contracter la maladie. Relevant à cette occasion les cas de scorbut observés depuis 1871 dans les prisons et examinant le régime alimentaire qui y est appliqué, il montre que la cause principale de cette maladie réside dans la privation des légumes verts, et surtout des pommes de terre. Aussi a-t-il conseillé à l'administration de faire en sorte que les détenus aient pendant toute l'année une certaine quantité de pommes de terre et de végétaux frais, qu'elle qu'en soit la nature.

Société médicale des hôpitaux. — La Société médicale des hôpitaux reprendra le cours de ses travaux, interrompus par les vacances, vendredi 12 octobre, à 3 h. 1/2 précises.

Société de médecine de Paris. — Séance du 13 octobre 1883. — Rapport de la commission du prix Duparcque. M. Thevenot, rapporteur. — Compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1882, par M. Thorens, secrétaire général. — Vote sur la candidature de M. Apostoli au titre de membre titulaire. — Communications diverses.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Sommaire

Clinique Médicale des Hôpitaux

LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DU LUPUS

(SON NOUVEAU TRAITEMENT PAR LA CAUTÉRISATION INTERSTITIELLE FRACTIONNÉE.)

Hôpital Saint-Louis. — (Service de M. Ernest Besnier.)

La nature du lupus, son unicité, ses rapports avec la tuberculose. — L'auto-infection et l'auto-inoculation, d'après M. Ernest Besnier; leurs dangers. Nécessité d'en tenir compte dans l'intervention thérapeutique. — Traitement général. — Traitements locaux divers. — Méthode de cautérisation ignée interstitielle de M. Ernest Besnier. — Son manuel opératoire et ses avantages.

Entre les mains habiles de savants médecins, le traitement chirurgical du lupus a pris un rang élevé parmi les modernes conquêtes de la dermatologie. Néanmoins les méthodes sanglantes, aujourd'hui en faveur, présentent des inconvénients; la fréquence des récidives et la multiplicité des séances de perfectionnement ont aussi leurs dangers, et M. Ernest Besnier, qui pour sa part a si largement contribué à les rendre plus parfaites, vient dernièrement encore, dans les *Annales de dermatologie* (1), d'en faire la critique et de démontrer les avantages du nouveau traitement dont il est l'auteur et qu'il leur substitue.

Dans un premier mémoire, antérieur de trois années aux travaux microbiques récents, M. Ernest Besnier jetait déjà les jalons de cette réforme thérapeutique en exposant les idées dont il est de nos jours l'initiateur sur la nature et l'origine du lupus (2). C'est que, dans l'intervention médicatrice, il est, à son avis, deux considérants pathogéniques dont on doit tou-

(1) *Archives de dermatologie*, nos 7 et 8, p. 25, août 1883.
(2) *Archives de dermatologie*, 1880, p. 686, 2e série, tome I.

FEUILLETON

Tentative de meurtre sur M. le docteur Jules Rochard.

M. le docteur Legrand du Saulle, dans la *Gazette des hôpitaux* du 11 octobre, nous donne l'histoire intéressante du *persécuté* qui vient d'attenter aux jours de M. Jules Rochard.

Jean Chabert est né en 1839 à Saint-Egrève (Isère). Il est enfant naturel, a très peu connu sa mère et se refuse à entrer dans tous les détails biographiques qui pourraient se rapporter à son enfance et à son adolescence. Il est de petite taille, mince et triste; il porte une moustache noire, une barbe rase et d'assez grands cheveux grisonnants. Son œil est brillant, humide et farouche. Son aspect général rappelle bien plus le malfaiteur que l'aliéné. Il a été maçon, cordonnier, tourneur, ajusteur. Il a travaillé au Havre, est resté trois ans en Egypte et a gagné jusqu'à 11 francs par jour. Manquant de gaîté, lisant les journaux, fréquentant les réunions publiques, un peu adonné à la boisson, il était peu communicatif, morose, inquiet, perplexe.

En 1878, il se croit empoisonné et entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Brouardel. « J'avais, dit-il, le ventre ballonné; on m'avait fait prendre quelque breuvage. »

Vers cette époque, il commence à en vouloir violemment à un maître d'hôtel, qu'il accuse avec passion et auquel il reproche avec une rare amertume d'avoir gardé sa malle depuis quatre ou cinq ans.

jours tenir compte : l'unicité du lupus d'une part; sa classification définitive au nombre des tuberculoses locales, d'autre part. De là, des conséquences et des indications thérapeutiques dont l'urgence pratique ne nécessite pas, à coup sûr, de démonstration.

En premier lieu, pour M. E. Besnier, l'*unité, ou mieux l'unicité du lupus ne peut être mise en doute.* Parler de lupus syphilitique, de lupus cancéeux, c'est confondre des genres morbides distincts, revenir à l'enfance de l'observation clinique, ou bien, avec l'ancienne médecine, placer le lupus parmi les *herpès,* parce qu'il a la marche des dermatoses à forme expansive. Que des affections cutanées syphilitiques ou cancéreuses, comme d'autres dermatoses, prennent les allures ou le masque du lupus; peu importe : elles n'en sont pas moins des carcinodermes et des syphilodermes, toujours justiciables du traitement et du pronostic du cancer ou de la syphilis. Elles ne méritent donc pas le nom de lupus (2).

Il est vrai, d'après les adversaires de l'unicité, qu'il y aurait deux lupus : le lupus *scrofuleux*, celui des sujets porteurs de stigmates scrofuleux et le lupus *non scrofuleux,* celui des lupeux exempts de signes diathésiques apparents. En bonne logique, à côté du tubercule vrai du premier, il faudrait alors, dans l'anatomo-pathologie du second, admettre un tubercule faux, un pseudo-tubercule, un tuberculoïde. Voilà donc ces stigmates conventionnels variables selon chaque médecin, et de valeur clinique conséquemment relative, qui sont tout à coup élevés au rang d'un signe différentiel et pathognomonique! N'est-ce pas là une distinction paradoxale? répond M. E. Besnier. Comment alors ne pas conclure que, cliniquement et anatomiquement, *partout* et *toujours,* le *lupus* est un *scrofuloderme* et les *lupeux* des scrofuleux, ou, si on le préfère, des *scrofulo-tuberculeux* (1).

En second lieu, ce *lupus est une affection scrofuleuse, c'est-à-dire tuberculeuse; sa lésion, un scrofuloderme, et le lupeux un malade en puissance de tuberculose locale.* On trouve la preuve de cette proposition dans un triple critérium d'ordre clinique, anatomo-pathologique et microbique.

Au point de vue clinique, M. E. Besnier a montré la fréquence relative de la phthisie chez les individus atteints de lupus (2). Récemment encore,

(1) *Loc. cit.*, p. 688.
(2) Voir Quinquaud. Thèse d'agrégation, 1883, p. 125. — Communication orale de M. Ernest Besnier.

Bientôt il se croit victime d'un guet-apens : on l'a suivi dans la rue avec des intentions évidemment criminelles. Il insulte alors des agents et est condamné à six jours de prison.

On commence à s'acharner contre lui et on lui vole, dans sa malle, son engagement pour Suez.

Un phénomène grave apparaît : on lui fait entendre clair, on lui souffle dans les oreilles, et des individus invisibles commencent à l'instrumenter avec de petites machines.

Sur une route, un individu a voulu un jour l'assassiner avec un revolver. Du reste, on ne le laisse pas tranquille et il y a des gens qui se déguisent, mettent des manteaux de charretier, pour l'espionner mieux à leur aise et le torturer physiquement et moralement. On lui fait toutes les misères imaginables : on le sangle, on le bafoue, on l'acoustique; on agit sur lui par la pression, la réverbération, l'électricité, le téléphone et le microphone; on l'excite à la débauche, on lui pressure la verge, on lui soutire ses forces, on lui rend l'estomac faible, on le perd, on l'anéantit, on l'infecte, on le décapite, on le foudroie.

Une voix lui dit : « Jette-toi par la fenêtre, cela sera fini, tu n'auras plus d'ennemis. » — « Me tuer, moi, répond-il, avant d'avoir fait tomber les masques, jamais! »

Le 1[er] septembre 1879, à l'infirmerie spéciale des aliénés près le dépôt de la préfecture, il est longuement interrogé, puis dirigé sur l'asile Sainte-Anne et ensuite sur l'hospice de Bicêtre (service de M. J. Falret). Sous l'influence du traitement, et surtout de la sobriété, — car il ne faut point perdre de vue que l'alcoolisme apporte ici son

en examinant avec soin 38 lupeux de son service ou de sa policlinique, il constatait et faisait constater publiquement que huit de ces malades présentaient les signes physiques indéniables de la tuberculose pulmonaire à divers degrés. Dans cette série, la proportion des lupeux phthisiques est de 21 pour 100. Ici, d'ailleurs, aucun doute n'est possible, car ces malades ne sont pas seulement en puissance, mais bien en pleine évolution de tuberculose déclarée. Qu'on ajoute ces faits à ceux qui ont été signalés antérieurement, qu'on invoque la haute autorité de M. Lailler; qu'on les rapproche des observations de MM. Quinquaud, Doutrelepont, Aubert, et il faudrait vraiment fermer les yeux à l'évidence pour mettre en doute les rapports de causalité de la tuberculose avec le lupus.

Si ces rapports étaient recherchés avec plus de soin, les observations positives seraient certainement beaucoup plus nombreuses (1). Dans l'espèce, en effet, les causes d'erreur sont multiples; la forme latente et la marche habituellement silencieuse des lésions viscérales, déroutent parfois le clinicien. De plus, beaucoup de ces malades conservent les attributs extérieurs d'une belle santé et de la *formositas strumosa* aux apparences trompeuses.

Pour M. E. Besnier, la tuberculose des lupeux est donc à la fois de celles qu'on doit chercher et de celles qu'on doit dépister au moyen des procédés délicats de la clinique moderne.

A quoi bon d'ailleurs, pour affirmer le dualisme des deux affections, invoquer l'absence de toute influence héréditaire dans la pathogénie du lupus, ou bien des différences symptomatiques avec cette autre dermatose classiquement décrite sous le nom de tuberculose cutanée? D'une part, la non hérédité du lupus — fût-elle toujours incontestablement démontrée — est un bien faible argument, puisque, à notre époque, l'hérédité même de la tuberculose est vivement et légitimement discutée. D'autre part, les différences symptomatiques ne peuvent seules servir de base solide à une doctrine pathogénique. La variété dans les formes *cliniques* prouve la multiplicité des allures *cliniques* d'un même type morbide et non la diversité du processus anatomique dont il relève. D'après ces motifs et d'autres encore, que M. Besnier

(1) *Loc. cit.*, 1883, p. 381.

---

appoint, — Chabert s'est grandement amélioré. Au bout de plusieurs mois, il a pu être rendu à la liberté.

En reprenant sa vie d'atelier, il reprend aussi toutes ses habitudes anciennes, sans en excepter le large usage du vin. Peu à peu, les mauvais procédés de la part d'autrui se reproduisent, et Chabert, s'assimilant tacitement les taquineries, les vexations et les provocations de ses implacables ennemis, rentre plus que jamais dans la voie des interprétations délirantes, des préoccupations hypochondriaques, des troubles de la sensibilité générale et des obsessions hallucinatoires auditives. Une voix lui dit, par exemple : « Achète un couteau, » et aussitôt il obéit en esclave et achète un couteau à virole.

Persuadé que l'on en veut à sa vie, il sent le besoin d'être protégé et se place sous l'égide de M. L..., député de la Seine, qu'il a un peu connu dans les réunions. M. L... s'empresse d'écrire à M. Andrieux, préfet de police, et lui dit qu'il croit Chabert complètement fou.

Le 1er décembre 1880, après un examen médico-légal des plus minutieux, M. Legrand du Saulle rédige une pièce dans laquelle il expose toutes les particularités cliniques les plus saillantes et les plus graves que présente l'état mental de ce dangereux malade, et il note ce détail : « Projet d'assassiner un sergent de ville. » Ce certificat fut alors très remarqué dans les bureaux de la préfecture.

Chabert reprend d'abord le chemin de l'asile Sainte-Anne, puis il est placé à l'asile de Ville-Evrard. Tous les médecins qui l'ont vu et examiné se sont servis des mêmes termes dans leurs certificats. Aucune divergence d'opinions ne s'est produite. Au mois d'avril 1882, il s'échappe par une fenêtre de l'établissement, rentre en tapinois à Paris, et vient habiter rue Julien-Lacroix, 59.

expose longuement dans ses deux mémoires, ce n'est pas une hérésie mais bien une vérité scientifique de placer à titre de variété symptomatologique, le tuberculo-scrofuloderme du lupus à côté du néoplasme de la tuberculose cutanée des auteurs.

Le criterium *anatomo-pathologique* fournit, il est vrai, des arguments aux partisans des deux doctrines. Avec Friedlander, qui avait observé des nodules caséeux dans les ganglions des régions lupiques, avec Schuller, Stilling, Kœster, les uns font de la lésion lupeuse une tuberculose locale. Mais d'autres savants de haut mérite, comme MM. Hardy et Vidal, en France, contestent cette opinion avec Auspitz et Baumgarten. De là, des débats dans l'appréciation des résultats de l'observation histologique. On a bien, au témoignage des premiers, trouvé des follicules tuberculeux dans le néoplasme du lupus ; mais les seconds en ont aussi constaté dans les syphilodermes et dans d'autres néoplasmes. Dans l'espèce, les preuves anatomo-pathologiques n'entraîneraient donc pas la conviction, si elles n'empruntaient aux faits cités par M. E. Besnier un caractère de vraisemblance et une valeur démonstrative.

Mais voici qu'on invoque la présence du bacile de la tuberculose dans le tissu lupique. Demme, Doutrelepont, Pfeiffer, viennent de l'observer ; Schuchardt et Krause font la même constatation sur quatre lupeux pris dans une série de quarante cas de tuberculoses locales. Voici, enfin, qu'on demande à l'inoculation de tissu lupique ou de liquide de culture la vérification expérimentale de ces observations. Ici encore, entre les résultats positifs, mais discutables de Schuller ou de Hueter, et les expérimentations négatives mais non pas décisives de MM. Cornil, Vidal, Leloir et Malassez, le *criterium microbique* laisserait les esprits indécis, à défaut de l'observation au lit du malade.

Conséquemment, dans le procès actuellement pendant sur la nature du lupus, le jugement contradictoire des histologistes et des expérimentateurs n'est pas sans appel. De l'avis de M. E. Besnier, il n'infirme pas les témoignages de la clinique, et ne prouve ni contre l'identité de la lésion tuberculeuse avec la lésion scrofuleuse, ni contre les liens de parenté et même d'union entre les deux processus morbides de la tuberculose locale et du lupus. Dorénavant aussi, on devra prendre ces faits en sérieuse considéra-

---

Evidemment très amélioré encore à ce moment, l'évadé de Ville-Evrard trouve de l'ouvrage, travaille, se conduit bien, n'appelle pas sur lui l'attention, et en impose par son calme, sa tenue et la régularité de sa vie. Un temps assez long s'écoule de la sorte.

Nous sommes au 25 septembre 1883. Chabert, redevenu intempérant, hypochondriaque, persécuté, halluciné de l'ouïe, toxicophobe, exalté et désespéré, a quitté les ateliers, épuisé ses ressources, et il erre dans Paris à l'aventure, sans savoir où il va, sans se douter de ce qu'il fera tout à l'heure. Il ne mange pas, n'a point de pain, et se livre aux réflexions les plus haineuses contre les misérables qui le réduisent ainsi à la mort la plus atroce, à la mort par inanition ! Cependant, il rentre encore chez lui, se couche, et ne peut goûter un seul instant de sommeil.

Le 26 septembre dernier, il se lève à quatre ou cinq heures du soir et sort, après avoir mis, selon sa coutume, son revolver dans sa poche. N'ayant pas pris d'aliments depuis quatre jours, il est faible, abattu, presque chancelant. « J'avais, dit-il, la tête électrisée et *tourbillonnante;* je marchais sans savoir au juste où je me trouvais, et mes voix me disaient plus que jamais : *Tue-toi!* Mais pourquoi donc me serais-je tué? C'est le coupable qui se tue, moi je suis une victime. Pourquoi laisserais-je à mes persécuteurs la joie de mon suicide?... Et puis, j'ai entendu ceci : *Tu ne veux pas te tuer, eh bien, tue-le!* A ce moment, il pleuvait à verse, il pouvait bien être sept heures du soir, j'étais au coin d'une rue, près de la place de la Concorde; j'ai saisi mon revolver et j'ai tiré deux coups sur un monsieur qui passait et qui s'abritait sous un parapluie. J'ai dû l'attraper dans le dos, sous son parapluie. »

Chabert, plus surpris que satisfait de l'attentat qu'il vient de commettre, regarde autour de lui, remet lentement son revolver dans sa poche, traverse la place de la Con-

tion dans le traitement de cette dermatose. Telle est la conclusion pratique des deux mémoires du médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Détruire avec soin le tuberculo-scrofuloderme est la première indication thérapeutique à remplir. Eviter que cette opération soit le point de départ d'une auto-infection, ou l'origine d'une auto-inoculation; telle en est la seconde indication. Pour M. E. Besnier, c'est là un point d'importance. Que le lupus ait débuté par l'hypoderme ou l'épiderme, il est, dit-il, le produit d'un élément parasitaire venu du dehors; une effraction de l'épiderme lui a servi de porte d'entrée et a été le siège d'une *inoculation parasitaire accidentelle primitive*. L'état lymphatique du sujet — habituellement jeune, comme le prouvent les statistiques — constitue un terrain favorable à l'implantation et à la germination de cet élément.

Cette tuberculose est locale; mais qu'une intervention imprudente, insuffisante, inopportune, enlève aux tissus voisins de la tumeur leur tolérance et leur résistance, il va se créer un foyer *tuberculeux secondaire d'auto-inoculation*.

De ces considérations résulte la nécessité d'imposer aussi au malade un *traitement général*. A cet effet, et pour combattre cet état particulier du système lymphatique, il est utile de prescrire l'huile de foie de morue, l'arsenic, les eaux sulfureuses de Cauterets, de Luchon, de Bonnes ou d'Allevard. Mais en l'absence du traitement local, et même à hautes doses, ces agents ne procurent jamais d'effets curatifs. Il en est de même de l'iode et des iodures si vantés à l'intérieur, et qui, utiles contre des syphilodermes entés sur des sujets lupeux, comme M. E. Besnier l'a vu souvent, sont impuissants contre le néoplasme lui-même.

Dans le *traitement local*, il est un point sur lequel on ne peut trop insister, c'est de procéder avec *prudence* pour la *destruction de la tumeur lupique*. Il faut user de *circonspection* dans le choix des *moyens opératoires*, et prévenir la formation de foyer d'auto-infection ou les périls d'une auto-inoculation opératoire. Parmi les agents de la médication locale, quels sont ceux qui satisfont à ces règles thérapeutiques? Il en est dont l'expérience démontre l'impuissance; tels sont les *topiques simples*, les antiphlogistiques (douches tièdes, cataplasmes); les *résolutifs*, les *irritants substitutifs* — « emplâtre de Vigo, préparations mercurielles, saturnines ou mixtes, pommades iodées, solutions de perchlorure de fer, chlorure de zinc, solutions alca-

---

corde et rentre chez lui sans être inquiété. Il se couche, ne se lève pas le lendemain, sort le surlendemain, *mourant littéralement de faim*, vend son revolver quatre francs, s'alimente un peu, achète un journal et apprend que le blessé du 26 septembre n'est autre que M. le docteur Rochard, inspecteur général du service de santé de la marine, domicilié rue du Cirque, 4. Il écrit alors à sa victime une lettre qu'il ne signe pas, mais dans laquelle il accuse du crime le maître d'hôtel dont il déclare avoir eu tant à se plaindre et qui détient illégalement sa malle depuis quatre ou cinq ans. « J'ai dit la vérité à M. Rochard, dit-il; c'est ce misérable homme qui est la cause de tout. Si l'on savait tout le mal qu'il m'a fait, lui, sa femme et ses complices! »

L'assassin vulgaire se rend d'ordinaire à la Morgue, y regarde les corps exposés, écoute tout ce qui se dit autour de ces exhibitions dramatiques et fait son profit des impressions parfois très justes de la foule. L'aliéné évadé a un autre objectif : il vient rôder autour de l'infirmerie spéciale près le dépôt de la préfecture. Chabert ne s'est pas soustrait à cette démarche en quelque sorte instinctive, et il est venu demander à dîner et à coucher. L'un des surveillants-infirmiers l'a refusé et lui a dit qu'il avait préalablement à se nantir d'un ordre d'envoi de l'un des commissaires de police de la ville de Paris. Il se l'est tenu pour dit, est allé se dénoncer à M. Cazeneuve, chargé de l'instruction du crime de l'avenue Gabriel, et ce magistrat l'a presque immédiatement amené lui-même.

A l'infirmerie spéciale, les 6 et 7 octobre, M. Legrand du Saulle retrouve chez Chabert tous les grands signes cliniques antérieurement constatés. On note en plus des hallucinations presques constantes de l'odorat. Aucune parole de regret, de repentir.

lines, vésicatoires » — tous agents ne procurant, et si toutefois il en existe, des cas authentiques, que des guérisons contestables. C'est tout au plus si, dans le but de décongestionner les tissus enflammés, M. Ernest Besnier considère les émollients comme accessoirement utiles.

Théoriquement, les *méthodes sanglantes*, l'extirpation, les ruginations, la dilacération, répondent à l'indication locale, mais à la condition toutefois de pratiquer l'abrasion totale du tissu morbide. Et cependant, quand bien même elles rempliraient complètement cette condition, elles font toujours courir le péril de l'auto-infection générale, ou tout au moins de la réinoculation locale par les surfaces de section. C'est s'exposer aussi à augmenter le nombre des lupeux, qui deviennent phthisiques à plus ou moins longue échéance. La *dilacération*, c'est-à-dire les *scarifications linéaires*, n'exempte jamais de ces dangers, exige la répétition de l'opération durant un temps considérable, et, dans la majorité des cas, ne donne pas la certitude d'une guérison absolue (1). M. Ernest Besnier, qui, après M. Vidal, en a étendu, précisé et complété les procédés, n'hésite donc pas à les condamner dans le traitement de toutes les tuberculoses locales. N'est-ce pas là, du reste, le même reproche que M. Verneuil adressait à certains traitements mécaniques des tumeurs de même nature?

Restent les *méthodes caustiques*. Des deux procédés de *cautérisation chimique*, cautérisation en *masse* et cautérisation *interstitielle*, le premier n'a procuré que des guérisons passagères, aux dépens de vives souffrances, de pertes de substance considérables et avec l'inconvénient de déformations cicatricielles d'autant plus redoutables que le lupus siège fréquemment à la face. Quant au second, il est encore bien imparfait, malgré l'emploi de la seringue de Pravaz, l'essai de liquides caustiques les plus divers et les perfectionnements du manuel opératoire.

Il n'en est pas de même de la *cautérisation ignée*. Cependant cette méthode d'un emploi encore trop restreint, assure totalement la destruction du néoplasme, la réparation rapide du traumatisme thérapeutique et la prophylaxie contre l'inoculation.

A cet effet, M. Ernest Besnier emploie la *cautérisation interstitielle fragmentée par le feu*, méthode qu'il considère comme supérieure à la cautéri-

(1) *Loc. cit.*, 1883, p. 398 et 399.

« C'est le maître d'hôtel qui, avec ses vilenies, a tout fait. Moi, il faut que l'on me dédommage. »

D'après l'information et d'après tout ce qui précède, Chabert est très probablement l'auteur du déplorable attentat commis sur la personne de notre cher et éminent confrère M. Rochard, mais enfin nul ne l'a vu. Sans doute l'évadé de Ville-Evrard n'est pas dans l'une de ces situations intellectuelles bizarres qui comportent l'aveu d'un crime imaginaire, et tout concourt, au contraire, à démontrer la réalité de sa fâcheuse action, mais une réserve s'impose cependant : les témoins manquent.

MIXTURE OCCLUSIVE. — J. Redier.

Camphre	2	grammes.
Résine mastic.	5	—
Baume du Pérou.	2	—
Résine sandaraque.	80	—
Ether sulfurique à 65°.	40	—
Alcool à 90°.	40	—

Faites dissoudre les résines dans le mélange d'alcool et d'éther, agitez fréquemment, laissez déposer et décantez. On imbibe un tampon d'ouate de cette solution, on l'introduit dans la cavité de la dent cariée et on l'y comprime. On obtient ainsi un pansement plus dur et plus compact qu'avec la teinture de benjoin saturée ; de plus, le coton adhère mieux dans la cavité quand elle est évasée. — N. G.

sation ignée en masse. Tout en évitant les inconvénients de cette dernière, elle en aurait les avantages, procurerait des cicatrices régulières, abrégerait le séjour à l'hôpital et la durée du traitement, et s'accommoderait des exigences de forme, d'étendue, ou bien de siège du néoplasme sur la peau, la muqueuse buccale ou le pharynx.

Quel en est l'*appareil instrumental?* Comme source de chaleur, le thermocautère ou de préférence de galvano-cautère ayant pour générateur électrique une pile au bichromate de potasse à courant réglé par l'élévation ou l'abaissement d'un ressort; comme armatures, des aiguilles simples ou à pointes multiples, des scarificateurs, des couteaux divers (1) et des boutons galvanocaustiques s'adaptant à un même manche dont le contact à pression ouvre ou ferme le courant au gré et sous le doigt de l'opérateur, Le *manuel opératoire* est simple. Assise ou couchée suivant le siège de la tumeur, la position du malade est telle que la région affectée se trouve en pleine lumière.

L'anesthésie générale paraît rarement utile et l'emploi de l'anesthésie locale est soumis aux règles classiques. Saisissant le néoplasme entre le pouce et les doigts de la main gauche. M. E. Besnier pratique des ponctuations ou des scarifications dépassant de un ou deux millimètres en largeur les limites de la tumeur et pénétrant en profondeur jusque dans le tissu sain. La main se rend compte d'ailleurs de cette pénétration par la résistance qu'elle éprouve alors. D'après les recommandations de l'auteur, le degré de chaleur convenable est le rouge sombre, et celui qu'il faut éviter, le rouge blanc, car l'opération deviendrait sanglante; on doit varier la forme des cautérisations depuis celle que produit le bouton jusqu'à la grille électrocaustique suivant l'étendue de la tumeur, la topographie de la région (nez, paupières, lèvres, palais, pharynx) et le nombre des séances de façon à tatouer ou à scarifier successivement le néoplasme tout entier.

Les eschares sont sèches, et leur pansement immédiat consiste dans l'application de poudres inertes, d'un simple bandeau, en cas d'écoulement sanguin tout accidentel; ou de tarlatane imbibée de solution boriquée, si l'ulcération lupique est sécrétante. Quelques jours après, l'avulsion ou la chute spontanée des parties mortifiées mettent à nu des dépressions à fond sec, rarement bourgeonnantes et alors justiciables de la pierre infernale. Avec le temps seulement, les cicatrices se régularisent; car la disparition des empreintes galvano-caustiques exige quelques semaines ou quelques mois. Alors on peut juger de leur souplesse, de l'état de leur surface et des résultats de l'opération.

Cette méthode thérapeutique a l'avantage de la simplicité et le mérite de remplir les indications pathogéniques auxquelles son savant inventeur attache une si majeure importance. De plus, si l'avenir confirmait définitivement l'hypothèse de l'auto-inoculation, elle deviendrait vraisemblablement un procédé général de traitement des tuberculoses locales.

En terminant l'exposé analytique de ces recherches cliniques de M. Ernest Besnier, c'est un devoir de remarquer avec impartialité que, dans l'espèce, ces opinions ont pour adversaires des observateurs de mérite. De plus, malgré les probabilités en leur faveur, ces conclusions n'ont pas encore reçues la sanction définitive de la statistique. Il faut donc en attendre les résultats avant de prononcer la clôture du débat et le verdict définitif.

Ch. Eloy.

(1) Voir in *Annales de dermatologie,* 25 août 1883, p. 406, la figure des nombreux modèles que M. Ernest Besnier a fait construire.

Erratum à la clinique du 11 août 1883 sur l'aortite aiguë à répétition.

Après une amélioration survenue sous l'influence du traitement, le ma-

lade succombait un mois plus tard à une nouvelle poussée d'aortite. A l'autopsie, on trouva, sur les parois aortiques, des *plaques molles et gélatineuses*, produits inflammatoires de la dernière poussée, et d'autres *plaques dures, athéromateuses*, avec épaississement correspondant des tuniques, indices des poussées antérieures; mais aucune de ces plaques n'intéressait les artères coronaires; d'où l'absence d'*angor pectoris* vraie. L'aorte était dilatée; le cœur, volumineux, présentait de la dilatation cavitaire; une légère insuffisance mitrale; toutes lésions qui avaient été reconnues pendant la vie, et dont l'examen anatomique confirme le diagnostic et explique la marche à répétition de l'aortite. — C. E.

JOURNAL DES JOURNAUX

Analyse des travaux parus dans la *Revue de chirurgie*, août et septembre 1883.

Trente et une extirpations de goitres, par Julliard. — Cet excellent travail contribuera puissamment à donner aux chirurgiens une juste idée de cette opération, remise en honneur aujourd'hui grâce aux progrès de la méthode antiseptique et à la sûreté de nos moyens actuels d'hémostase. C'est toujours une opération grave et qu'on ne fait pas à la légère; il faut savoir gré à l'auteur de juger aussi sainement la question, et de ne pas se laisser entraîner par un enthousiasme irréfléchi. Voici, en quelques mots, les conseils qu'il donne pour mener à bien l'opération et en obtenir les meilleurs résultats possibles.

Il vaut mieux ne pas faire l'anesthésie; l'opération, à part la section des téguments, n'est pas très douloureuse, et les vomissements amenés par le chloroforme impriment à la trachée des mouvements violents et nuisent à la réunion immédiate, qu'il faut chercher à tout prix.

L'incision linéaire sur la ligne médiane est toujours suffisante, plus simple que tous les lambeaux, ménage mieux les muscles, produit moins de délabrements, et se prête mieux au drainage de la plaie.

Les vaisseaux qu'on trouve chemin faisant sont coupés entre deux ligatures. Incision de la capsule du corps thyroïde, abandon du bistouri, puis énucléation de la tumeur avec les doigts ou avec l'extrémité mousse des ciseaux courbes; toute adhérence résistante est coupée entre deux ligatures. Quand la capsule n'existe pas bien nettement, ce qui arrive dans les goitres qui ne sont pas très mobiles, on opère de même en serrant de près le néoplasme. Les ligatures sont faites au catgut, c'est la substance la moins irritante et qui s'oppose le moins à la réunion, point capital à cause du grand nombre de vaisseaux qu'on est souvent obligé de lier.

Les dangers créés par l'existence d'une poche rétro-sternale au lieu et place de la portion plongeante du goitre, font de la réunion par première intention une condition essentielle du succès. Nécessité des précautions antiseptiques les plus minutieuses, y compris le spray, qui dispense des lavages dans la cavité opératoire. Ces lavages sont irritants et peuvent nuire à la réunion; de plus, ils peuvent produire des effets désastreux sur les récurrents et les pneumo-gastriques. L'auteur les remplace par une *toilette* pleine de ménagements, avec des éponges imbibées d'une solution phéniquée faible. Suture de l'incision; à sa partie inférieure, un drain de moyen calibre dirigé en haut. Cette direction donnée au drain permet aux liquides qui viennent de la plaie de s'écouler dans le pansement au lieu de s'accumuler dans la poche rétro-sternale. Dirigés en bas, il n'empêcheraient pas les liquides de s'accumuler et seraient une cause d'irritation.

Ces principes de drainage nous paraissent excellents, et nous ne pouvons nous défendre de les signaler avec insistance, tant il est fréquent de voir le drainage mal compris et mal appliqué dans les pansements antiseptiques.

Pansement très soigné, antiseptique et compressif. L'auteur recommande : un morceau de protective sur l'incison, puis cinq ou six grosses éponges parfaitement aseptiques recouvrant le cou et la partie supérieure du thorax; par dessus les éponges, la gaze et l'imperméable maintenus par des bandes de mousseline; enfin, une bande de caoutchouc qui recouvre le pansement tout entier. Les éponges se moulent très bien sur la région, exercent une compression douce et élastique, absorbent les liquides et empêchent le pansement d'être trop vite traversé.

L'opéré, pendant quarante-huit heures au moins, doit avoir la tête et le thorax élevés, pour favoriser le drainage de la plaie. Repos absolu de la région; donner à boire

le moins possible, pour éviter les mouvements de déglutition, la chute des liquides dans le larynx (surtout quand il y a de l'aphonie après l'opération, c'est-à-dire quand le larynx est paralysé), enfin la pneumonie par aspiration.

Suivent quelques préceptes pour les pansements consécutifs, l'ablation des fils, etc. M. Julliard a perdu cinq malades sur trente et un; les vingt-six autres ont tous guéri par première intention. Suivent encore des remarques intéressantes sur les accidents observés : l'aphonie, qui peut tenir à la section des récurrents, mais qui en est souvent indépendante, qui tient d'autres fois à leur irritation par voisinage, à leur compression par le tissu de cicatrice, et qui peut guérir ou persister; les abcès secondaires, tenant à la présence des tubes soi-disant résorbables et qui ne se résorbent pas du tout, ou bien à la substitution de la soie au catgut pour les ligatures (pareil inconvénient nous est arrivé avec la soie, dans une extirpation de goître que l'*Union Méd.* a publiée le 24 décembre 1881); l'anémie profonde, le changement de caractère, certains troubles nerveux bizarres plus rarement observés.

En présence des difficultés et des dangers incontestables de la thyroïdectomie, M. Julliard étudie les indications opératoires, et se décide pour une intervention hardie, presque toujours heureuse quand elle obéit aux règles précises de la chirurgie moderne, mais à la condition qu'on ait essayé infructueusement la médication iodée, précieux moyen dont les succès ne sont pas contestables et qui peut dispenser d'une opération grave. En résumé l'auteur, comme nous l'avons dit plus haut, apporte dans ses conclusions une sage réserve. Il termine par un examen des méthodes appliquées aux kystes thyroïdiens. Il condamne les anciens traitements, drainage, séton, cautérisation, etc., discute l'injection iodée, l'incision antiseptique avec suture des parois à la peau, et enfin l'extirpation du kyste, qu'il préfère à peu près dans tous les cas : elle prévient, plus sûrement que tout autre moyen, les accidents inflammatoires, les récidives et les fistules, dans les kystes hémorrhagiques et multiloculaires, dans les uniloculaires à parois épaisses, et même dans les uniloculaires à parois minces, les seuls où l'injection iodée soit permise.

Les trente et une observations personnelles de l'auteur sont réunies à la fin du mémoire.

De l'intervention opératoire directe dans les luxations irréductibles, par Poinsot (de Bordeaux). — 1° Au point de vue de l'opportunité de l'intervention opératoire, les luxations doivent être divisées en récentes, intermédiaires et anciennes.

2° L'intervention opératoire directe doit être rejetée dans les luxations récentes. Une exception doit être faite pour la section du tendon d'Achille dans la luxation du cou-de-pied, et aussi la section des ligaments latéraux dans les luxations du pouce.

3° Dans les luxations intermédiaires, les sections sous-cutanées constituent le premier procédé à employer. L'arthrotomie serait réservée aux cas où la situation vicieuse de l'os exposerait à des accidents de compression, rendant absolue l'impotence du membre et menaçant sa vitalité, comme il arrive dans certaines luxations de l'épaule et du genou, et aussi dans les luxations des doigts gênant l'usage de la main.

4° Pour les luxations anciennes, dans lesquelles les sections sous-cutanées échouent, l'arthrotomie, avec ou sans résection, conviendrait pour les articulations ginglymoïdales comme celles du coude, du genou et du cou-de-pied, et aussi pour les articulations des doigts. Pour les autres articulations énarthrodiales (mâchoire, épaule et hanche), l'ostéotomie serait préférable.

De la substitution de la taille hypogastrique aux différentes méthodes de tailles périnéales comme méthode générale de cystotomie, par L. Villeneuve (de Marseille). — L'auteur examine si, avec les méthodes antiseptiques et les perfectionnements nouveaux apportés au manuel de la taille hypogastrique, il n'y aurait pas avantage à pratiquer de préférence le haut appareil, dans tous les cas où les chirurgiens contemporains taillent par le périnée, c'est-à-dire toutes les fois que la lithotritie n'est pas applicable.

Après avoir décrit l'opération par le haut appareil, et étudié sommairement les innovations précieuses introduites par Peterseen, Guyon et Périer, il la compare à la taille périnéale, dont il expose en détail les inconvénients et les dangers, obstacle prostatique, hémorrhagies, difficultés d'extraction, fistules périnéales, lésion des conduits éjaculateurs, impossibilité d'introduire un cathéter jusque dans la vessie, application illusoire des antiseptiques. Puis il arrive aux conclusions suivantes, que nous abrégeons un peu ;

1° La taille hypogastrique semble devenir la méthode générale, mais non exclusive, de cystotomie.

2° Elle devra être pratiquée avec l'aide des perfectionnements nouveaux apportés à

son manuel opératoire : ballonnement du rectum, injection vésicale, refoulement du cul-de-sac péritonéal, tubes-siphons accouplés, précautions et pansements antiseptiques.

3° La suture de la vessie doit être actuellement écartée. Mais elle reste toujours l'idéal à poursuivre, et qui mettrait, par la réunion immédiate, la supériorité de la taille hypogastrique hors de toute contestation.

4° La taille hypogastrique reste une méthode de nécessité dans les cas de pierres volumineuses ou enchatonnées, de vessie intolérante, d'urèthre ou de vagin imperméables ou rétrécis.

5° Tout fait présumer qu'elle deviendra la méthode de choix chez les vieillards et les hommes adultes, dans les cas moyens, où la lithotritie n'est pas applicable, et que l'on a jusqu'à présent traités par les différentes méthodes périnéales.

6° Elle se montrera au moins égale ou supérieure aux autres méthodes chez les enfants mâles, chez les petites filles ou les jeunes fille pubères, dans les cas d'affection inflammatoire de l'utérus ou de déformation notable de la vessie par un vice de position de la matrice. Chez les femmes déflorées, le choix entre la taille hypogastrique et la taille vaginale reste indécis et demande de nouvelles études.

Outre les travaux qui viennent d'être analysés, ces deux numéros contiennent encore une observation d'*épithélioma kystique de la clavicule,* par Suchard et Le Clerc; une observation de *purpura hémorrhagique d'origine traumatique,* par Hartmann ; enfin la suite du mémoire de Petit et Verneuil sur l'*asphyxie locale et la gangrène palustre.*

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. C. Sappey lit un mémoire intitulé : *Recherches sur le cancer encéphaloïde.*

Ces recherches ont pour but de démontrer que le cancer encéphaloïde reconnaît pour cause une altération profonde des globules blancs du sang. Cette altération est d'abord essentiellement locale. Mais, en traversant le foyer primitif de la maladie, les globules blancs du sang s'altèrent, dégénèrent et prennent ensuite trois directions différentes.

Les uns sortent des capillaires sanguins, se déposent sur le point malade et deviennent le centre de formation d'une tumeur dont la tendance est de s'accroître indéfiniment.

D'autres se portent vers les ganglions qui subissent bientôt une dégénérescence secondaire.

D'autres restent dans le sang veineux et propagent le cancer dans toutes les parties de l'économie.

Soit que l'on considère le cancer à son début, soit qu'on le considère pendant la durée de son évolution ou dans la dernière période de son développement, ce sont donc toujours ces globules blancs dégénérés qui apparaissent sur la scène et qui jouent le rôle principal. Pour le démontrer, je prendrai la maladie à son début et je la suivrai rapidement dans ses phases successives :

1° *Altération primitive des globules blancs.* — Tous les médecins sont d'accord pour reconnaître que les organes les plus riches en vaisseaux lymphatiques sont ceux pour lesquels le cancer semble avoir une sorte de prédilection. A la suite d'une cause encore inconnue daus sa nature, les globules blancs contenus dans les conduits de la lymphe se modifient sur un point limité de ces organes, s'altèrent et dégénèrent. Au contact de ces globules dégénérés, ceux qui flottent dans le sang dégénèrent à leur tour. L'altération des premiers nous est révélée par les ganglions dans lesquels ils se rendent ; celle des seconds a échappé jusqu'ici à l'attention des médecins. Quatre faits recueillis dans l'espace de quelques années m'ont permis de constater, avec une grande netteté, cette dégénérescence cancéreuse des globules blancs du sang veineux.

Le premier de ces faits a pour objet une énorme tumeur encéphaloïde trouvée dans l'abdomen d'une jument. Cette tumeur était enkystée et dans les parois du kyste cheminaient de nombreuse veines dont quelques-unes avait le volume du doigt. Je pris le sang contenu dans l'une de ces veines pour le soumettre à l'examen microscopique. Parmi les globules blancs qu'il contenait, les uns étaient encore intacts ; d'autres étaient altérés à des degrés divers. Les leucocytes normaux offraient un volume de 9 à 11 millièmes de millimètre. Ceux qui participaient à la dégénérescence se distinguaient des précédents par leurs dimensions plus grandes, qui s'élevaient à 15, 20 et 25 millièmes de millimètre ; ils s'en distinguaient surtout par la segmentation de leur noyau et par

une extrême abondance de granulations graisseuses qui s'étaient substituées au protoplasma.

De l'examen des globules blancs contenus dans le sang veineux, je passai à celui des cellules cancéreuses de la tumeur. Elles présentaient les mêmes caractères que les leucocytes dégénérés; mais ces caractères étaient un peu moins nets. Dans la tumeur les globules dégénérés perdent en partie leurs attributs primitifs; et d'ailleurs à ces cellules cancéreuses provenant du sang veineux, s'en joignent d'autres qui ont pour origine l'épithélium des canaux glandulaires dégénérés aussi. Ce n'est donc pas dans la tumeur qu'il faut chercher la cellule cancéreuse type, mais dans les veines qui en sortent. Si l'on n'a pas réussi à la découvrir plus tôt, c'est bien évidemment parce qu'on a voulu toujours la chercher sur les points où elle ne possède déjà plus tous ses attributs primitifs et où elle se mêle à des cellules épithéliales dégénérées aussi.

Tous ces mêmes faits que j'avais observés sur la tumeur pécédente, j'ai pu les retrouver aussi chez la femme, sur une tumeur encéphaloïde du sein qui offrait le volume d'une petite tête d'enfant.

Ma troisième et ma quatrième observation sont relatives l'une et l'autre à un cancer de la langue qui s'était prolongé jusqu'à la clavicule. Ces ceux nouveaux faits avaient pour moi un intérêt particulier. Jusqu'alors je n'avais pu examiner que le sang des veines partant de la tumeur. Ici j'avais à ma disposition le corps entier. Si les veines émanées de la tumeur emportaient des globules blancs dégénérés, je devais les retrouver dans le vaste appareil de la circulation. J'ai, en effet, constaté leur présence sur tout l'itinéraire que parcourt le sang.

2° *Formation et accroissement de la tumeur.* — Avec les opinions régnantes, il était fort difficile de se rendre compte de l'accroissement indéfini et parfois si considérable des tumeurs encéphaloïdes. Etant connus les faits qui précèdent, on conçoit sans peine leur mode d'évolution. En affluant d'une manière continue vers le point malade, le sang y apporte sans cesse de nouveaux globules qui, au contact des globules dégénérés, dégénèrent à leur tour, et qui s'ajoutent aux cellules cancéreuses déjà collectées. De ces dépôts successifs résulte une tumeur d'abord invisible, qui s'accroît de plus en plus et qui pourra atteindre dans quelques cas un volume énorme, parce qu'elle emprunte les éléments de son accroissement à une source inépuisable.

3° *Dégénérescence secondaire des ganglions.* — Les premiers leucocytes dégénérés qui communiquent le cancer aux ganglions proviennent des vaisseaux lymphatiques de la tumeur. Dès que le principe de la maladie leur a été transmis, ceux-ci augmentent de volume; et leur accroissement, de même qne celui de la tumeur, est ordinairement indéfini, mais plus limité et plus lent. Au début de leur altération, de nouveaux globules partis de la tumeur viennent s'adjoindre aux premiers. Cependant cette source ne tarde pas à se tarir, les vaisseaux lymphatiques de l'organe malade participant à la dégénérescence et ne produisant plus alors de leucocytes. Il faut donc chercher ailleurs les causes de leurs dimensions croissantes. On peut en invoquer deux : d'une part, les vaisseaux lymphatiques qui, partant des régions saines, apportent de nouveaux globules qui dégénèrent; de l'autre, le sang que reçoivent les ganglions en apporte aussi, et ceux-ci dégénèrent également.

4° *Diathèse cancéreuse, infection générale.* — Pour expliquer l'infection générale de l'organisme dans la dernière période des affections cancéreuses, on a imaginé le virus cancéreux. Sous ce nom, on désignait un principe fictif, insaisissable et indéfinissable. Les notions qui précèdent nous montrent qu'il est représenté par les globules dégénérés qu'importent les veines émanées du foyer cancéreux. C'est un être réel et figuré, abondamment répandu dans l'économie.

Ces éléments figurés et dégénérés partent du foyer morbide; le sang les emporte vers le cœur, et le cœur les projette dans tous les organes; chacun d'eux est un germe, un cancer en miniature, un cancer ambulant. Plus la tumeur se développe et plus aussi ces cancers ambulants se multiplient. Il arrive un moment où ils circulent par centaines de mille et de millions peut-être.

Ainsi se produit la généralisation du cancer; ainsi s'opère peu à peu et fatalement l'empoisonnement de la masse totale du sang; ainsi se développe cette diathèse cancéreuse restée jusqu'à présent si obscure dans son mode d'évolution; ainsi s'explique enfin la cachexie qui lui succède, qui en marque le dernier terme et qui annonce un rapide dépérissement, une profonde désorganisation, une mort prochaine.

COURRIER

CONCOURS. — Le jury du concours de l'externat des hôpitaux de Paris se compose de MM. les docteurs Lacombe, Hanot, Letulle, Chauffard, Segond, Quénu et Bar.

— Le jury du concours pour la nomination à une place de professeur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux se compose de MM. les docteurs Tillaux, Marchand, Terrier, Bourdon, Panas, Marc Sée et Fernet.

Les candidats, au nombre de onze, sont : MM. les docteurs Assaky, Berne, Coudray, Guinard, Labbé, Le Prévost, Ménard, Pousson, Richard, Verchère et Walther.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Drouineau père, chirurgien en chef des hôpitaux et hospices civils de la Rochelle, membre correspondant de la Société de chirurgie.

— Par décret, en date du 8 octobre 1883, M. Bavay, pharmacien professeur, a été promu au grade de pharmacien en chef dans le corps de santé de la marine.

STATISTIQUE DE L'ALIÉNATION MENTALE. — En vue de la réforme du régime des aliénés, on vient de dresser la statistique de la folie, où nous relevons les chiffres suivants :

L'année dernière, le nombre des admissions dans les établissements spéciaux a été de 13,434.

Sur ce nombre, 10,184 étaient admis pour la première fois.

Signalons ce fait curieux que, parmi les réintégrations, 598 avaient eu lieu pour évasion ou sortie avant guérison.

Le nombre total des aliénés traités dans l'année, dans les établissements, a été de 58,760, dont 26,636 hommes, et 30,104 femmes.

On a fait des recherches intéressantes sur la durée moyenne du séjour dans les asiles ; on a trouvé qu'elle était de 276 jours pour les hommes et de 295 pour les femmes.

La durée moyenne du séjour varie aussi suivant la nature de la maladie.

Elle a été de :

287 jours pour la folie simple ;
250 jours pour la folie paralytique ;
289 jours pour la démence sénile ;
298 jours pour l'idiotisme et le crétinisme.

Voici maintenant comment se répartissent les aliénés par catégories dans les établissements :

Folie simple, 33,629 ;
Folie paralytique, 8,665 ;
Démence sénile, 4,495 ;
Idiotisme et crétinisme, 5,377.

Ajoutons, comme dernier détail, que nous possédons 61 asiles publics et 42 asiles privés.

24 départements sont donc encore dépourvus d'établissements d'aliénés.

9 établissements sont consacrés exclusivement aux hommes, 14 aux femmes.

Les autres sont mixtes.

CODE SANITAIRE INTERNATIONAL. — Suivant une dépêche de Rome, toutes les puissances ont adhéré à la proposition de l'Italie de réunir à Rome une conférence internationale, afin de fixer les règles d'un code sanitaire international. La conférence se réunira en novembre. M. Mancini, ministre des affaires étrangères, enverra prochainement une circulaire aux puissances.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie FALCAN-LEVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Note sur l'inosurie, succédant au diabète glycosurique, et paraissant avoir une action favorable.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 27 juillet 1882,

Par M. le professeur Laboulbène.

Dans la série d'états pathologiques rassemblés sous la dénomination commune de *diabètes,* la première place appartient certainement au diabète sucré, à la glycosurie confirmée, caractérisée par la polydipsie, la polyurie avec glycose, la polyphagie, l'amaigrissement consomptif.

Les polyuries non glycosiques, tantôt simples et sans modifications urinaires considérables (hydrurie), tantôt avec excès d'éléments azotés (azoturie), tantôt enfin avec exagération du rendement d'éléments minéraux (oxalurie, phosphaturie), ont été distinguées successivement par Robert Willis, Golding Bird, Vogel, Kiener, Teissier, etc. Je désire dans cette courte note appeler l'attention de mes collègues sur le fait du diabète en apparence simple, mais en réalité accompagné d'inosurie, et paraissant favorable, succédant au diabète vrai, glycosurique.

Depuis plusieurs années, j'avais observé avec le regretté J. Personne, pharmacien en chef de la Pitié, puis de la Charité, divers malades qui après avoir été nettement glycosuriques ont cessé d'avoir le sucre caractéristique dans leurs urines, mais chez lesquels la présence de l'inosite a été nettement (et j'ajoute difficilement, péniblement) constatée. Voici trois observations très résumées, n'offrant que la mention du fait principal.

Obs. I. — Homme, 75 ans, vivant à la campagne, fermier aisé, grand chasseur, bien conservé pour son âge, n'ayant jamais fait d'excès. Il s'est aperçu il y a plus d'une année qu'il avait la bouche sèche et une grande soif qui l'obligeait même à se lever la nuit pour boire de l'eau. La peau est également sèche. Il a perdu ses forces, ne peut plus marcher longtemps, mais la vue n'a pas sensiblement baissé. Les envies d'uriner sont fréquentes et la quantité d'urine notablement accrue; il n'y a pas seulement sychnurie ou pollakiurie. Démangeaisons et rougeur autour de la couronne du gland.

Je fais examiner les urines, qui renferment 44 grammes de sucre par litre, la quantité étant de quatre litres et demi en vingt-quatre heures.

Traitement par le pain de gluten, l'alimentation animalisée sans féculents, la médication alcaline, une saison passée aux eaux de Vichy, etc.

Le malade, revu six mois après, reprend des forces; il urine encore 4 grammes 50 de glucose par litre, mais la quantité d'urine est réduite des deux tiers.

Un an après, il n'y a plus trace de sucre dans les urines et cependant celles-ci sont plutôt abondantes que rares, puisque le malade urine deux litres et demi à trois litres en vingt-quatre heures. Ces urines analysées à plusieurs reprises par Personne, pendant le séjour du malade à Paris, montrent la présence nette de l'inosite.

J'ai revu ce malade pendant cinq années; il venait faire analyser ses urines qu'il remettait à Personne, et, sur la quantité rendue en vingt-quatre heures, celui-ci constatait l'inosurie. Le malade était bien portant, chassait malgré son grand âge, en un mot était revenu à la santé. J'ai fini

par ne plus avoir de ses nouvelles, et j'ignore à quelle maladie il pourrait avoir succombé.

Obs. II. — Femme d'une cinquantaine d'années. Etant en province, j'ai été appelé en consultation pour donner mon opinion sur un panaris du pouce ouvert depuis longtemps, n'étant pas profond, mais dont la cicatrisation n'arrivait pas à se produire. Cette femme, d'une bonne santé habituelle, avait maigri ; elle avait eu de grands chagrins et vivait dans une surexcitation nerveuse continuelle. Langue sale, bouche pâteuse, pas de soif vive, appétit capricieux. Urines abondantes et démangeaisons génitales marquées.

Je fais analyser les urines qui renfermaient 30 grammes de sucre par litre. Traitement par l'alimentation azotée, les alcalins, vin généreux, etc. Les urines sont envoyées à Paris et contiennent de moins en moins du sucre pendant six mois.

Le panaris guérit lentement. La polyurie persistant, ainsi que le prurit génital, j'ai, à plusieurs reprises, fait adresser à Personne deux ou trois litres d'urine de la malade. Il n'y a plus trouvé de glucose, mais de l'inosite.

Cette malade a relativement guéri, elle est toujours nervosique, mais sa santé est bien meilleure, j'ai eu récemment de ses nouvelles.

Obs. III. — Homme, officier de santé, fort, robuste, gras, s'est aperçu depuis dix-huit mois qu'il avait fréquemment soif et habituellement la bouche sèche. Il est, dans ses courses à la campagne obligé de s'arrêter pour boire ; la nuit, il place à côté de lui une carafe d'eau qu'il vide pour étancher sa soif. Il vient me voir et je le trouve amaigri ; pourtant il est toujours gros mangeur et assez fort. Je cherche à connaître la quantité des urines en 24 heures et je les fais analyser. Il y a polyurie, albuminurie et glycosurie modérée, 20 grammes par litre au saccharimètre, 15 grammes d'urée, l'albumine en quantité notable, ne fut pas dosée.

Craignant une néphrite interstitielle, j'ai ausculté avec soin et je n'ai pas constaté de bruit de galop, ni de modification cardiaque.

J'ai fait surveiller le régime et empêché une trop grande fatigue. L'urine, souvent examinée par Personne, a perdu successivement le sucre, puis l'albumine. Mais, après un intervalle de deux années environ, et alors que le malade, en très bon état, n'accusait plus qu'un peu de polyurie, Personne constatait de l'inosite dans l'urine.

En rassemblant mes souvenirs, je pourrais encore citer deux observations dans lesquelles Personne a trouvé de l'inosite chez des malades primitivement glycosuriques et dont la santé s'était notablement améliorée. La mort de mon collègue de la Charité, le manque de notes précises de ses analyses, m'ont empêché de publier les renseignements qui précèdent et que je suis le premier à trouver incomplets.

Toutefois, mon ami et collègue Féréol m'ayant récemment parlé d'une personne atteinte de diabète sucré, puis allant beaucoup mieux et chez laquelle on avait trouvé à l'analyse urinaire de l'inosite, m'a remis en mémoire ce que j'avais moi-même déjà vu. Enfin, un malade de mon service atteint de polyurie idiopathique, *diabète insipide ou salé*, et sur lequel le professeur Hardy a fait une excellente leçon clinique (*Gazette des hôpitaux*, n° 77, 5 juillet 1883), étant passé dans mon service, a été atteint d'accidents urémiques. J'ai fait analyser par M. Méhu les urines qui ne renferment pas trace d'inosite. La terminaison ne me paraît pas favorable.

De ce qui précède et en appelant de nouvelles recherches, peut-on conclure que l'*inosurie succédant à la glycosurie vraie est un bon signe pronostique ?* C'est à l'avenir qu'appartient la solution du problème que je viens de poser.

La réfrigération méthodique ne détermine pas de congestions viscérales.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 27 juillet 1883.

(Troisième note.)

Par M. Dumontpallier.

Messieurs,

Je ne saurais prétendre par des discours convaincre ceux de mes collègues qui, sur des questions de physiologie expérimentale et de physiologie thérapeutique, ont des opinions contraires à celles que j'ai exposées devant vous. Mais je dois à la Société médicale des hôpitaux, qui a accueilli avec une attention bienveillante mes précédentes communications sur la réfrigération dans les maladies hyperthermiques, de bien indiquer la part que j'ai voulu prendre dans la discussion et je dois établir de nouveau que les principales conclusions des notes que j'ai lues devant la Société sont fondées sur l'observation clinique et sur la physiologie expérimentale.

Plusieurs médecins se sont faits les défenseurs autorisés de la méthode de Brand dans le traitement de la fièvre typhoïde ; l'Administration supérieure du service de santé de l'empire allemand a apporté dans l'étude de la question des documents officiels importants, et l'extrême réserve dont cette Administration a fait preuve dans les circulaires qui vous ont été rappelées ici par mon honorable collègue et ami M. Féréol, donne à ces documents une valeur qui n'a échappé à aucun de nous.

— Pour moi, mon opinion est faite : je crois que la méthode de Brand, sagement interprétée et bien conduite, peut rendre de grands services. Toutefois, permettez-moi de remarquer que je ne me suis point fait devant vous le défenseur de la méthode systématique de Brand et, si mes précédentes communications ont apporté un appui expérimental à la méthode du médecin de Stettin, il convient de rappeler que cet appui n'a été qu'indirect, puisque, en faisant usage d'un procédé spécial de réfrigération, mon but, dès mes premières expériences, en 1879, avait été de diminuer les craintes que la méthode de Brand avait inspirées à nos meilleurs cliniciens.

Bientôt l'expérimentation sur l'homme me démontrait que le refroidissement lent et progressif ne détermine pas de congestions viscérales et de plus que ces congestions, lorsqu'elles préexistent de par la marche naturelle de la maladie, sont favorablement modifiées par le refroidissement méthodique et mesurable.

Cette double proposition a été, à plusieurs reprises, combattue par M. Dujardin-Beaumetz. Notre honoré collègue ne peut se résigner à admettre que la réfrigération lente et progressive ne congestionne pas les viscères et qu'elle modifie favorablement les congestions préexistantes ; et cependant cette double proposition n'est que l'exposé des résultats fournis par l'expérimentation et par l'observation clinique. Pour combattre cette double proposition, notre collègue nous oppose que de tout temps on a accepté que le refroidissement fait les congestions viscérales.

Certes, messieurs, nous devons tenir grand compte des enseignements de la tradition ; mais, lorsque dans des conditions déterminées ces enseignements cessent d'être exacts, il faut bien se résigner à accepter les résultats de faits nouveaux : que M. Dujardin-Beaumetz, en se plaçant daus les conditions expérimentales que MM. Laffont, François Franck et moi, avons eu soin de déterminer, veuille bien répéter les mêmes expériences et je suis persuadé qu'il arrivera à formuler des conclusions semblables à celles que nous avons posées et l'action thérapeutique du froid ne le comptera plus au nombre de ses opposants.

En effet, Messieurs, si le refroidissement, même subit, de la surface du corps déterminait fatalement des congestions viscérales, depuis longtemps

on aurait abandonné l'usage des bains froids en été et l'hydrothérapie n'eût point pris droit de domicile en tous pays. Depuis longtemps on eût oublié le nom de Prietsnitz, et Fleury ne nous eût point appris que l'eau froide est souvent le seul moyen pratique pour obtenir la décongestion de la rate et du foie, et le seul moyen de guérir certaines fièvres intermittentes rebelles à toute autre intervention thérapeutique.

Mais les convictions de M. Dujardin-Beaumetz me paraissent tellement arrêtées, que tout naturellement, pour combattre ses assertions, j'ai dû chercher des auxiliaires et, envahissant le terrain de Brand, que je m'étais d'abord interdit, j'ai relu divers travaux où se trouvent consignés les résultats de la méthode de Brand sur les congestions actives et passives. Presque tous les auteurs sont d'accord pour déclarer que, *contrairement à leur attente*, les bains froids ont eu pour conséquence les décongestions viscérales et n'ont pas empêché la guérison des pneumonies préexistantes. Vous vous rappelez, Messieurs, les aveux du professeur Bondet, de Lyon, et les intéressantes remarques de nos collègues, MM. Bucquoy et du Cazal, sur les congestions viscérales rapidement et heureusement modifiées par l'usage des bains froids.

Déjà, en 1877, dans la *Gazette hebdomadaire*, notre collègue M. Blachez, et je me plais à le rappeler, insistait « sur la contradiction qui existe entre « les vues théoriques sur lesquelles on juge la méthode de Brand et les « résultats qu'elle fournit. Au premier abord, dit-il, il semble que le refroi- « dissement brusque de la périphérie du corps doive faire refluer le sang « vers les muqueuses et déterminer des congestions, mais alors les « pneumonies, les hémorrhagies seraient la règle et non l'exception. A « moins de mettre en doute la bonne foi des observateurs, continue M. Bla- « chez, nous voyons les succès se multiplier là où théoriquement des « revers auraient dû se produire. »

Notre collègue aurait pu ajouter : comment interpréter le bénéfice des bains froids dans le traitement du rhumatisme cérébral, si cette médication devait fatalement amener des congestions viscérales? Aurait-on trouvé, au commencement de ce siècle, un clinicien qui eût osé ordonner un bain froid à un rhumatisant? Il a fallu que la théorie, vraie ou fausse, de l'hyperthermie ait fourni l'indication du bain froid pour nous imposer, dans ces dernières années, un procédé thérapeutique dans la complication la plus grave du rhumatisme, procédé que les enseignements de la tradition eussent toujours répudié. En cette circonstance, la pratique n'a-t-elle pas prouvé que ceux qui se seraient seulement inspirés des enseignements de la tradition auraient commis une faute grave.

Revenons au traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. M. Chapuis, dans une thèse récente soutenue devant la Faculté de Paris, nous rappelle encore que le docteur Mollière, dans son rapport de 1876, disait que les complications thoraciques de la fièvre typhoïde sont moins fréquentes chez les malades traités par les bains froids que chez ceux qui ont été soumis aux méthodes ordinaires. — Et certes cette remarque de M. Mollière est importante à relever, parce que nous savons que M. Mollière était loin d'être partisan de la méthode de Brand dans le traitement de la fièvre typhoïde.

L'accord paraît donc presque général sur l'action favorable de la médication réfrigérante dans la congestion pulmonaire, peut-être aussi serait-on autorisé, contrairement à l'opinion de Vunderlich fils et de Goldstammer, à conclure que les bains froids ne font point les hémorrhagies intestinales. A l'appui de cette remarque, qu'il me suffise aujourd'hui de citer les résultats des expériences de M. Soulier, qui a cherché à reconnaître l'influence du bain froid sur la circulation intestinale. Pour cela, il plonge dans l'eau, à 8° ou 14° centigrades, des lapins et des cobayes préalablement rasés. Un thermomètre a été placé dans le rectum, l'animal est

maintenu dans l'eau pendant quelques minutes. Dans six expériences, le thermomètre n'a accusé aucune élévation.

De plus, sur un lapin, M. Soulier met à découvert la muqueuse de l'iléon et l'étale, l'animal est plongé dans un bain à 15° centig. sans que l'eau arrive au contact de l'intestin. Au moment de l'immersion, la muqueuse pâlit et les capillaires se vident en même temps que des mouvements vermiculaires se produisent. Faut-il conclure de cette expérience, ajoute M. Soulier, que l'action brusque du froid détermine une contraction de tout le système capillaire, et que le refoulement du sang ne se produit que dans les gros vaisseaux (1)?

A côté de ces expériences, je rappellerai que plusieurs fois j'ai constaté que la réfrigération méthodique des typhoïdiques diminuait le flux abdominal, et, dans un cas où il y avait eu hémorrhagie intestinale, l'hémorrhagie a cessé bien que le malade eût été maintenu dans l'appareil réfrigérant. Notre regretté collègue, Maurice Raynaud, lui aussi, ne considérait pas l'hémorrhagie intestinale comme étant une contre-indication à l'emploi des bains froids.

Ces faits d'expérimentation et d'observation clinique ne prouvent-ils pas que, dans des conditions déterminées, le refroidissement ne saurait être accusé de faire la congestion pulmonaire ni intestinale. En serait-il autrement pour l'encéphale? Je n'ai pas oublié, Messieurs, que M. Dujardin-Beaumetz nous a cité les expériences d'un savant allemand qui, après avoir enlevé la calotte crânienne de certains animaux, aurait constaté une congestion des méninges pendant l'immersion des animaux dans l'eau froide. Je n'ai point de négation expérimentale à opposer à cette affirmation d'un savant étranger, et je laisse à cette expérience toute la valeur qu'elle peut avoir; mais il me sera bien permis de rappeler que *jamais*, dans mes expériences de réfrigération sur l'homme sain ou sur l'homme malade, je n'ai constaté d'élévation de température du conduit auditif et du cuir chevelu, ni d'hyperhémie des globes oculaires, non plus qu'aucun symptôme de congestion encéphalique. Certes ces dernières expériences ont une valeur plus grande que celles faites sur un animal auquel on a enlevé la calotte crânienne. De plus, je ne sache pas que l'on ait accusé la méthode de Brand d'avoir déterminé des accidents encéphaliques graves, et si le bain froid faisait la congestion encéphalique, je ne comprendrais guère, je le répète, comment il pourrait être d'une utilité si incontestée dans le rhumatisme cérébral.

Des considérations qui précèdent ne suis-je pas autorisé à conclure que la réfrigération de la surface du corps ne détermine pas de congestions thoraciques, abdominales, ni encéphaliques, et que la réfrigération méthodique, c'est-à-dire lente, progressive et mesurable, ne saurait être accusée d'exposer les malades à aucune complication congestive viscérale.

De plus, ainsi que je l'ai établi par des tableaux de température nombreux, la méthode réfrigérante abaisse la *régulation thermique*, et cela de jour en jour; diminue les combustions organiques et conjure les accidents qui sont dus à l'hyperthermie. La méthode de Brand mérite donc d'être sérieusement expérimentée, et je crois être l'interprète de la majorité des membres de notre Société en remerciant notre honoré collègue M. Féréol d'avoir le courage de tenter l'entreprise pratique de cette démonstration.

(1) Chapuis, *loc. cit.*, p. 45.

Ectopie cardiaque thoracique.

Observation lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 7 juillet 1883,

Par le docteur CHARPENTIER, médecin adjoint à la Salpêtrière.

Messieurs,

La malade que nous avons l'honneur de vous présenter est une femme de 39 ans, tuberculeuse (infiltration disséminée dans les deux poumons, surtout à droite, où nous constatons en haut et en avant la présence d'une caverne); elle est malade depuis quatre ans et présente à peu près tous les signes généraux et locaux de la tuberculose pulmonaire.

En l'auscultant, nous fûmes fort étonné d'entendre les bruits du cœur bien plus nettement à droite du sternum et au-dessus du sein droit que du côté gauche, où cependant ils se perçoivent encore nettement.

En percutant la région thoracique antérieure gauche, nous trouvâmes de la sonorité à la place de la matité précordiale; la main appliquée sur cette région, qui à l'inspection ne nous présentait aucun mouvement cardiaque, nous permit de constater que les battements du cœur y faisaient défaut. A droite, au contraire, où la percussion est un peu douloureuse en raison des troubles pulmonaires, nous avons trouvé une matité bien nette commençant en dedans, à trois travers de doigt de la ligne médiane du sternum, finissant en dehors, à droite, à une verticale abaissée de la clavicule et passant à un travers de doigt en dehors du mamelon (les seins, très amaigris, rendent la percussion très facile); en haut, elle commence à près de deux travers de doigt au-dessus du sein, cinq au-dessous de la clavicule; en bas, il ne nous est pas possible de la délimiter de la matité hépatique. La main appliquée sur cette région précordiale droite perçoit très facilement les battements du cœur, surtout au-dessus du sein; parfois même l'œil peut les saisir; mais nous n'avons pu percevoir, ni à la palpation ni à l'inspection, le choc de la pointe du cœur. Les bruits sont normaux et, à part son siège, le cœur ne nous a présenté rien d'anormal. Les hypochondres donnent, à gauche, la sonorité stomacale et, à droite, la matité hépatique. La malade a toujours senti son cœur battre à droite, plus et parfois douloureusement depuis qu'elle est malade, c'est-à-dire depuis quatre ans qu'elle tousse. La toux a débuté avec un point de côté à droite; mais l'exploration de la cavité thoracique droite ne nous permet pas de constater d'épanchement pleural, ni de traces de pleurésie chronique.

L'auscultation et la percussion nous permettent de constater un poumon infiltré, il est vrai, mais encore perméable à l'air, et nous donnent une sonorité relative dans ces régions. L'exploration de la cavité thoracique gauche ne nous fait constater aucun épanchement liquide ou gazeux, aucune tumeur, aucune pénétration de viscère abdominal capable d'expliquer la position anormale du cœur par refoulement vers la droite.

Cette malade ne connaît pas de maladies de cœur dans sa famille; elle n'y connaît non plus aucune malformation congénitale; la seule particularité qu'elle ait offerte, c'est que, dans les cinq grossesses qu'elle a eues, cinq fois l'accouchement a eu lieu par présentation des extrémités inférieures. Les deux côtés du corps sont symétriques; elle n'est pas gauchère; elle n'a eu aucune autre maladie que sa maladie de poitrine.

Tout d'abord, nous nous sommes demandé si nous n'étions pas en présence d'un retentissement exagéré des bruits du cœur causés par une masse tuberculeuse dans le poumon droit ou un épanchement pleural solidifié qui nous permettaient d'expliquer cette matité précordiale droite, le retentissement des bruits du cœur dans cette région et la persistance, quoique bien affaiblie, de ces mêmes bruits dans la région mammaire gauche; mais cette diminution des bruits à leur siège ordinaire, jointe à

l'absence de la matité précordiale gauche, et opposée aux battements nettement visibles et perceptibles du cœur au-dessus du sein droit, nous forcèrent à éliminer cette hypothèse.

Nous ne pouvons guère penser à un anévrysme à cette région, quoique bien des erreurs aient été commises à leur occasion; ni bruits de souffle, ni double battement, aucun signe de compression des organes voisins, et, dans ce cas, nous aurions à gauche un cœur dilaté ou hypertrophié avec les signes caractéristiques. Nous restons donc en présence d'une ectopie du cœur dans la région thoracique droite par refoulement, par rétraction ou congénitale.

Si cette ectopie était le résultat d'un refoulement du cœur vers la droite par développement de liquide, gaz, tumeur ou hernie viscérale dans le côté gauche du thorax, nous trouverions les signes caractéristiques de ces productions. Non seulement ils n'existent pas, mais encore la sonorité thermique et le murmure respiratoire conservés nous permettent d'affirmer que c'est bien le poumon, et un poumon sans productions étrangères autres que les tubercules, qui remplit cette cavité thoracique.

Avons-nous affaire à un cœur entraîné à droite ou plutôt attiré dans cette région à la suite d'adhérences intimes entre le poumon droit et le péricarde, adhérences cicatricielles, rétractiles, qui, grâce à cette propriété de rétractilité, auraient ainsi fixé le cœur contre un poumon refoulé, ratatiné et momifié? Mais la perméabilité pulmonaire, la sonorité diminuée, il est vrai, mais existant encore en arrière, dans l'aisselle, et même sur la partie latérale droite de la région thoracique, ne nous permettent guère de nous arrêter à cette conception qui ne serait conciliable qu'avec un épanchement de la base sus-diaphragmatique, et nous permettrait de supposer un cœur couché au-dessous et en avant du poumon droit, au-dessus du foie.

Si cette ectopie par rétraction, rétraction dont nous ne pouvons constater actuellement les conditions de production, n'est pas admise, nous sommes en présence d'une ectopie congéniale, la dexiocardie de Bouillaud; mais la malade ne peut nous renseigner à ce sujet; tout ce qu'elle peut nous dire, c'est qu'elle a toujours senti son cœur battre à droite, et en effet, sa main appliquée au-dessus du sein droit indique bien nettement le siège où elle rapporte le battement.

Une objection sérieuse contre la dexiocardie congéniale, et qui nous a déjà été adressée en conversation par notre collègue M. Duroziez, consiste à faire remarquer que cette ectopie coïncide ordinairement avec la transposition des autres viscères; cette objection serait légitime si cette coïncidence était générale, était constante; mais, en fouillant les documents à ce sujet, et cela ne nous a pas été très difficile, car ils sont rares, nous avons trouvé deux cas d'ectopie thoracique congéniale du cœur sans transposition de viscères.

Un cas dû à M. Constantin Paul et consigné page 32 de son *Traité des maladies du cœur*, et un cas présenté à la Société anatomique de Paris et relaté page 587, année 1876 des *Bulletins* de cette Société, ce sont les seuls que nous ayons trouvés; mais en raison de la rareté de cette anomalie qui, même avec l'inversion générale des viscères, ne dépasse pas, d'après nos recherches, une quarantaine de cas, du moins dans l'espèce humaine, ce petit nombre doit déjà compter et nous permettre d'ajouter à ce faible groupe le fait dont nous venons de vous lire l'observation.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 juillet 1883. — Présidence de M. MILLARD.

SOMMAIRE. — Correspondance imprimée. — Correspondance manuscrite. — Discours prononcé par M. Desnos aux obsèques de M. Archambault. — Continuation de la discussion sur l'*isolement des varioleux dans les hôpitaux :* MM. Gombault, Rendu, Rathery, Debove. — Vœu relatif à la revaccination des étudiants en médecine et des infirmiers. — M. Laboulbène : *Note sur l'inosurie succédant au diabète glycosurique et paraissant avoir une action favorable.* — M. Debove : *Sur un cas de pleurésie purulente guérie par l'opération de l'empyème faite suivant la méthode antiseptique.* Discussion : MM. Dumontpallier, Rendu, Millard, Debove. — M. Dumontpallier : *Troisième note sur la réfrigération du corps humain dans les maladies hyperthermiques et en particulier dans la fièvre typhoïde.*

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — *Etudes de médecine et d'hygiène publique,* par le docteur Levieux. — *Etudes sur l'assistance hospitalière dans la ville de Bordeaux,* par le docteur Levieux. — *De la douche locale,* par le docteur Tillot. — *Application du salicylate de bismuth au traitement de la fièvre typhoïde,* par le docteur Desplats. — *Revue médicale de Toulouse.* — La *Loire médicale.* — *Bulletin médical du Nord.* — *Union médicale et scientifique du Nord-Est.* — *Journal de médecine de Paris.* — La *France médicale.* — Le *Progrès médical.* — La *Tribune médicale.* — *Lyon médical.* — *Journal d'hygiène.* — *Revue médicale.* — *Annales de gynécologie,* etc.

Correspondance manuscrite. — Lettre de candidature de MM. Letulle et A. Chauffard, nommés médecins du Bureau central au dernier concours.

—

M. V. BURQ adresse une note manuscrite intulée : *La métallothérapie à l'Hôtel-Dieu en 1879, dans le service de M. le professeur Panas.* (Ce travail est renvoyé à la commission de la métallothérapie.)

M. le docteur LARDIER, de Rambervillers (Vosges), adresse une observation intitulée : *Abcès périnéphrétique à forme subaiguë ou chronique, terminée par résolution.* (Ce manuscrit est déposé dans les archives de la Société et des remerciements sont adressés à l'auteur pour son intéressante communication.)

—

M. MILLARD : Depuis notre dernière séance, nous avons fait une nouvelle et cruelle perte en la personne de notre excellent collègue le docteur Archambault.

Ses qualités médicales de premier ordre, la solidité de son jugement, sa bonhomie pleine de finesse, son caractère droit et affable, lui avaient conquis depuis longues années l'estime et les sympathies de tous ses confrères; il ne comptait parmi nous que des amis. La plupart des membres de la Société ont tenu à honneur de lui rendre les derniers devoirs, et notre secrétaire général, dans le discours qu'il a prononcé sur sa tombe et dont il va vous donner lecture, a retracé les titres scientifiques de notre cher collègue et sa carrière si bien remplie.

M. DESNOS lit le discours qu'il a prononcé au nom de la Société sur la tombe de M. Archambault. (Voir l'*Union médicale* du 7 août 1883.)

—

CONTINUATION DE LA DISCUSSION SUR L'ISOLEMENT DES VARIOLEUX DANS LES HÔPITAUX.

M. GOMBAULT : J'ai relevé le nombre de cas intérieurs de variole que j'ai observés depuis le mois de décembre de l'année dernière, dans le service d'isolement installé à l'hôpital Saint-Antoine. Cette statistique vient à l'appui de ce qui a été dit dans la dernière séance.

Pendant le mois de décembre 1882 et les six premiers mois de 1883, il est entré dans le service des varioleux de Saint-Antoine, 31 malades ayant contracté la variole à l'hôpital même. On n'a compris dans ce nombre que les cas développés dix jours au moins après l'entrée des malades à l'hôpital. — Sur ces 31 malades, 3 ont contracté la variole dans la salle des varioleux où ils avaient été placés par erreur, ce qui laisse pour l'hôpital proprement dit un chiffre de 28 cas intérieurs constatés dans l'espace de 7 mois.

Ces 28 cas intérieurs se décomposent de la façon suivante : 14 hommes, 14 femmes.

a. Provenance. Sur les 14 malades hommes, 8 étaient placés dans les salles de chi-

rurgie, tandis que les services de médecine n'ont fourni que 6 cas. A l'inverse de ce qui s'est passé pour les hommes, les services de médecine ont fourni la plus grande partie du contingent féminin : 10 cas intérieurs en médecine, 4 seulement en chirurgie.

b. Les mois de mars et avril donnent à eux seuls un chiffre plus élevé que celui qui est fourni par les 5 autres mois : décembre 1882, 4 cas; — janvier 1883, 4 cas; — février, 5 cas; — mars, 9 cas; — avril, 8 cas; — mai, 1 cas; — juin, 0.

c. Les 28 cas de variole contractée à l'hôpital n'ont donné lieu qu'à 1 seul décès.

En effet, pour les 14 cas chez les hommes, on compte 14 guérisons. Chez les femmes, 14 cas : 11 guérisons, 3 morts; mais, sur ces 3 cas de mort, 1 seul est imputable à la variole. Les 2 autres malades qui ont succombé ont eu l'une et l'autre une varioloïde légère; mais l'une était phthisique au troisième degré et est morte longtemps après par suite des progrès de sa phthisie; l'autre, atteinte d'ulcère de l'estomac, est morte d'hémorrhagie stomacale.

Cependant ces varioles sont loin d'avoir été toutes bénignes. On peut, en effet, les classer de la façon suivante : Hommes, 14 cas : variole discrète, 3; variole cohérente, 4; varioloïde, 7. — Femmes, 14 cas : variole discrète, 3; variole hémorrhagique, 2; variole cohérente, 4; varioloïde, 5.

Je ferai remarquer que la salle où il s'est développé le plus de cas intérieurs est celle qui est située le moins loin du pavillon d'isolement.

En terminant, je demanderai à mes collègues s'ils m'approuvent de revacciner les malades atteints d'une fièvre éruptive autre que la variole et qui entrent par erreur dans le service.

M. Rendu : On sait que deux fièvres éruptives peuvent coexister; on peut revacciner un malade atteint de rougeole, de scarlatine ou de toute autre affection aiguë, la vaccine suivra son cours. La pratique de M. Gombault me paraît excellente.

Relativement à la propagation de la variole dans l'hôpital, je dirai qu'il ne faut pas croire que la salle voisine du pavillon d'isolement est la plus exposée; les autres salles ne sont pas indemnes de cas intérieurs. La contagion doit résulter souvent du contact direct des varioleux avec les autres malades, à la salle de consultations, le jour de leur admission à l'hôpital.

M. Rathery : Il faut bien distinguer les cas intérieurs proprement dits de ceux dans lesquels la variole était à la période d'incubation lorsque le malade est entré à l'hôpital.

M. Gombault : C'est une distinction que j'ai faite. J'ai dit que je n'avais compris dans mon relevé que les cas développés dix jours au moins après l'entrée des malades à l'hôpital.

—

M. Debove émet le vœu que l'administration exige de tous les candidats à l'externat un certificat de revaccination. Cette mesure devrait même s'étendre à tous les élèves en médecine qui fréquentent les hôpitaux, ainsi qu'aux infirmiers et aux infirmières.

La Société adopte ce vœu, qui sera transmis à l'administration de l'Assistance publique.

—

M. Desnos, au nom de M. Laboulbène, lit un travail intitulé : *Note sur l'inosurie succédant au diabète glycosurique et paraissant avoir une action favorable.* (Voir plus haut.)

M. Debove fait une communication *sur un cas de pleurésie purulente guérie par l'opération de l'empyème faite suivant la méthode antiseptique.* (Sera publiée.)

M. Dumontpallier cite un cas de pleurésie purulente dans lequel il appliqua le pansement de Lister après l'opération de l'empyème. Le premier pansement fut conservé jusqu'au septième jour. Le malade guérit. M. Dumontpallier attribue surtout à la rareté des pansements l'efficacité de cette méthode de traitement.

M. Debove : On sait que la pleurésie purulente peut guérir à la suite d'une simple ponction; mais ces faits sont exceptionnels. D'une façon générale, on peut dire que l'on a d'autant plus de chances de guérison que l'opération de l'empyème est faite plus tôt.

M. Rendu : J'ai opéré le huitième ou neuvième jour un homme atteint de pleurésie purulente consécutive à une gangrène pulmonaire; il s'écoula un litre de liquide fétide contenant des débris de poumon sphacélé. On fit des lavages antiseptiques; trois semaines après l'opération, le malade était guéri.

M. Millard : Je crois également qu'il importe de faire l'opération de l'empyème de bonne heure.

Je demanderai à M. Debove pourquoi il a choisi le cinquième espace intercostal?

M. Debove : Parce que, d'après les recherches de Wagner, c'est au niveau de cet espace, un peu en arrière, que se trouve la partie la plus déclive du thorax, lorsque le malade est couché sur le dos, le siège un peu élevé.

—

M. Dumontpallier lit un mémoire intitulé : *Troisième note sur la réfrigération du corps humain dans les maladies hyperthermiques, et en particulier dans la fièvre typhoïde.* (Voir plus haut.)

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, Troisier.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 7 juillet 1883. — Présidence de M. Reliquet.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal, M. le Président annonce que la commission nommée pour étudier le traitement de la teigne, préconisé par M. Ladreit de la Charrière, a été convoquée et s'est réunie samedi dernier.

M. Thorens dit que M. Ladreit de la Charrière a présenté à la commission toute une série d'enfants guéris de la teigne. Les membres de la commission se proposent de suivre le traitement chez des enfants teigneux dès le début.

M. Duroziez : J'ai eu l'occasion de voir une dame atteinte de porrigo decalvans. Cette affection date de quatre ou cinq ans. Je regrette que M. Ladreit de la Charrière ne soit pas ici pour nous dire si le porrigo decalvans est encore considéré comme de même nature que la teigne, c'est-à-dire comme de nature parasitaire. En voyant cette surface unie, que laisse la chute des cheveux, on est tenté de prendre cette affection pour de la calvitie pure et simple.

M. Thorens : Le traitement de M. Ladreit de la Charrière s'applique à la teigne tonsurante, mais on ne considère plus le porrigo decalvans ou pelade comme une affection parasitaire. Malgré les travaux de Gruby, ceux plus récents de Malassez, les observateurs cherchent sans résultat la présence du *microsporon Audouini.* La pelade est plutôt considérée, aujourd'hui, comme un trouble trophique de la peau.

M. de Beauvais : Quant au cas sur lequel M. Duroziez appelle notre attention, je puis dire que je n'ai obtenu, en pareille circonstance, aucun succès, en employant les parasiticides. M. Vidal emploie les vésicatoires qui lui donnent, paraît-il, des résultats remarquables. Il prétend qu'il obtient par ce moyen une stimulation favorable à la régénération des poils.

M. Gillebert Dhercourt fils : Si la pelade est un trouble trophique, comment se fait-il qu'elle soit contagieuse. J'ai vu, dans une famille, des exemples frappants qui ne permettent pas, ce me semble, de douter de la nature contagieuse de cette affection.

M. Thorens : Sans vouloir soulever la question de diagnostic, je crois pouvoir affirmer qu'aujourd'hui on n'enseigne plus que la pelade est contagieuse. Je connais un individu atteint de pelade qui, malgré les recommandations qu'on lui avait faites, a continué à cohabiter avec sa femme, a même eu deux enfants, sans transmettre en aucune façon sa maladie ni à elle, ni à personne de son entourage.

M. Dubuc : Je vais encore quelquefois à Saint-Louis et je sais que M. Ernest Besnier considère la pelade comme extrêmement peu contagieuse.

—

La correspondance imprimée comprend les journaux périodiques de la quinzaine : Le *Progrès médical,* le *Concours médical,* la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale,* le *Journal des sages-femmes,* le *Journal d'hygiène,* la *Revue des travaux scientifiques,* les *Mémoires et Bulletins* de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux publiés pendant l'année 1881.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. Thevenot s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

M. le Président annonce à la Société que MM. Bernard (de Cannes) et Guiraud (de Nice), membres correspondants, assistent à la séance.

—

M. Collineau donne lecture de son rapport sur la candidature de M. Forget au titre de membre honoraire. Ce rapport conclut à l'acceptation de la demande de M. Forget.

—

M. Charpentier présente une malade atteinte d'*ectopie cardiaque thoracique* et lit l'observation à l'appui de cette présentation. (Voir plus haut.)

DISCUSSION.

M. Duroziez : Dans le cas que vient de nous présenter notre collègue, M. Charpentier, je crois qu'il a raison de dire qu'il y a ectopie cardiaque; mais, entre l'ectopie et l'inversion des viscères, il y a une très grande différence et j'admets, pour ma part, que pour l'inversion des viscères l'inversion du foie est nécessaire. J'accepte le mot ectopie, avec le foie restant en place, mais je ne saisis pas bien l'importance de cette distinction. Ainsi, dans un épanchement pleurétique du côté gauche, le cœur est déplacé; il y a aussi ectopie. Quant à moi, je ne trouve intéressant ce déplacement du cœur que lorsqu'il y a inversion complète. Dans le cas de M. Charpentier, l'ectopie ne me semble pas extrêmement intéressante. Y a-t-il même ectopie? C'est là que commence le problème.

Il faudrait, pour se faire une idée bien arrêtée, se livrer à de nouveaux examens, car on entend le cœur aussi bien à gauche qu'à droite, et l'état déplorable du poumon droit permet d'élever des doutes sur la situation véritable du cœur. Il faut prendre garde à l'extension des mouvements et des bruits. Je n'admets pas qu'on puisse dire qu'on peut juger du volume et de la situation du cœur d'après le point où l'on sent battre la pointe. Généralement, quand on sent un battement quelque part, on a coutume de dire que c'est la pointe. Du reste, M. Charpentier nous dit que, chez sa malade, il n'y a pas moyen de sentir le battement de la pointe du cœur.

Pour moi, il n'y a pas inversion du cœur, puisqu'il n'y a pas inversion des autres viscères. Le cœur peut être attiré à droite, mais il ne faudrait pas dire qu'il y est totalement transporté, et on doit se méfier de l'état du poumon droit, qui peut servir à la transmission des bruits et des battements. Il ne faut donc pas attacher trop d'importance au mot ectopie. Je n'ai jamais vu, pour ma part, dans les plus grands épanchements, la pointe du cœur transportée au delà de la ligne médiane du sternum.

M. de Beauvais : Je ne suis pas de l'avis de M. Duroziez quand il dit que le cas présenté par M. Charpentier ne lui paraît pas intéressant; pour moi, cette observation présente un grand intérêt, quand ce ne serait que celui de nous laisser dans le doute. Ce qui m'engage à admettre l'existence de l'ectopie signalée par M. Charpentier, c'est qu'on sent battre le cœur sous la clavicule droite, et que cette femme affirme l'avoir toujours senti battre à cette même place. Je connais le cas d'un jeune homme qui, ayant un jour monté un escalier rapidement, en proie à une vive émotion, sentit tout à coup son cœur battre à droite. On l'examina et on diagnostiqua une inversion complète du cœur. Il y a des cas où l'erreur peut se produire. J'ai vu diagnostiquer une ectopie cardiaque chez un malade dont le poumon droit était tuberculeux. Il avait une induration du tissu pulmonaire qui transmettait les bruits et les battements du cœur; à l'autopsie, on reconnut l'erreur.

J'ai vu trois cas d'inversion complète des organes. Dans un cas surtout, on avait trouvé des phénomènes de cancer du pylore dont la situation des organes avait fait écarter l'existence. A l'autopsie, on trouva une inversion complète. Le cas actuel de M. Charpentier présente, je le répète, un intérêt remarquable. Je crois qu'il y a ectopie du cœur compliquée d'affection tuberculeuse du poumon droit. Le poumon malade sert de cautère et préservera, pendant un certain temps, l'autre poumon.

M. Antonin Martin : M. de Beauvais vient de dire que les cas d'inversion des viscères ne sont pas si rares et qu'on les reconnaît le plus souvent après la mort. J'ai présenté ici, il y a quelques années, un jeune homme de 12 ans qui avait une inversion complète, dont le diagnostic avait été fait par moi.

M. Duroziez : Si j'ai dit que le cas de M. Charpentier ne présentait pas d'intérêt, je le regrette; telle n'était pas mon intention. Ce que je veux dire, c'est que ces cas d'ectopie sont moins importants que ceux d'inverson complète. M. de Beauvais vient de citer un cas assez analogue à celui de M. Charpentier, et puisque ce cas a pu donner lieu à une erreur de diagnostic, rien ne prouve qu'il ne puisse pas en être de même dans celui de M. Charpentier.

J'ai vu un cas d'inversion complète, à l'Hôtel-Dieu, chez un jeune albuminurique. J'avais reconnu une inversion du foie et des viscères ; j'étais seul de mon avis, et malgré ce que j'ai pu dire, la résistance a été grande jusqu'à l'autopsie qui m'a donné raison.

M. DE BEAUVAIS : Le cas que j'ai cité n'est pas absolument semblable à celui de M. Charpentier. Il y a, chez le sujet de M. Charpentier, une caverne et non une induration du tissu pulmonaire. Chez la malade que nous venons d'examiner, la partie supérieure du poumon droit semble complètement détruite.

M. GILLEBERT DHERCOURT fils : Je crois qu'il y a un déplacement complet du cœur, chez la malade de M. Charpentier. A droite, on trouve les signes évidents d'une caverne. A propos des battements du cœur et de la recherche de la pointe, je crois pouvoir dire à M. Duroziez qu'il est toujours facile de déterminer le point où bat la pointe du cœur, quand elle bat dans un espace intercostal. J'ai eu à une époque, à Lyon, l'occasion de rechercher bien souvent la pointe du cœur sur des chevaux, et je n'ai jamais éprouvé de difficultés.

M. DUROZIEZ : Je dirai, pour ma part, que le battement de la pointe n'est pas facile à trouver. Tout le cœur bat, on sent des battements partout, et il faut, pour affirmer que c'est la pointe qui bat, sentir ce mouvement particulier de torsion, ce qui, je le répète, n'est pas facile. Je crois qu'il faut allier la percussion à la recherche de la pointe du cœur, sous peine de commettre de graves erreurs.

M. GILLEBERT DHERCOURT fils : Je n'ai pas l'intention de diminuer le mérite de ceux qui recherchent le battement de la pointe du cœur, je veux simplement dire qu'il y a des cas où l'on peut facilement retrouver le choc de la pointe du cœur, c'est, comme je l'ai déjà dit, quand la pointe bat dans un espace intercostal.

M. DUROZIEZ : Il faut bien distinguer entre l'état physiologique et l'état pathologique. Dans l'état pathologique, on a un cœur dont les cavités sont changées de forme et dont les limites sont difficiles à déterminer.

M. CHARPENTIER : Si ce que nous sentons battre au-dessus du sein droit était une masse tuberculeuse, où battrait le cœur? et combien faiblement battrait-il? La matité précordiale n'existe pas à gauche, et on sent à droite des battements très manifestes. Les inversions complètes des viscères sont rares, mais elles ne sont pas cependant toutes publiées. Je crois qu'il y a des malades sur lesquels l'attention passe trop légèrement, et chez lesquels on pourrait en découvrir à l'aide d'un examen plus minutieux.

M. DE BEAUVAIS : Notre collègue, M. Larcher, a fait un article très intéressant sur l'inversion des viscères. Moi-même j'ai publié, étant chef de clinique, un cas d'inversion complète.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr FAUQUEZ.

COURRIER

BOURSES DE DOCTORAT ÈS SCIENCES NATURELLES. — En exécution de l'arrêté ministériel, en date du 25 avril 1882, l'administration du Muséum aura à présenter à la nomination du Ministre de l'instruction publique, dans le courant d'octobre, dix candidats aux bourses de doctorat ès sciences naturelles. — Ces bourses sont de 1,500 francs chacune. — Les candidats devront faire parvenir le plus tôt possible leur demande et leurs titres à l'administration du Muséum d'histoire naturelle.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort de M. le docteur Moreau, le fils du célèbre accoucheur, qui vient de succomber à l'âge de soixante-huit ans, à Chantilly (Oise).

— L'un des praticiens les plus estimés d'Anvers, M. le docteur Kerckoven, vient de succomber à l'âge de quarante-quatre ans, emporté en quarante-huit heures par des accidents diphthéritiques qu'il avait contractés en soignant l'un de ses malades.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

GYNÉCOLOGIE

MÉMOIRE

sur le

TRAITEMENT DE L'ENGORGEMENT DU COL UTÉRIN PAR LES CAUTÉRISATIONS AVEC LE CAUSTIQUE FILHOS (1),

(CAUSTIQUE DE VIENNE SOLIDIFIÉ)

Par le docteur G. Richelot père,
Médecin inspecteur de l'établissement thermal du Mont-Dore.

IX. — Procédé opératoire.

L'application du caustique de Vienne solidifié sur le col utérin engorgé demande quelques soins et beaucoup d'attention. Un agent qui tue et désorganise si rapidement les tissus vivants ne doit être employé qu'avec de grandes précautions.

La malade doit être placée près d'une fenêtre bien éclairée de manière que le jour pénètre largement au fond du spéculum. A défaut d'une vive lumière naturelle, il faut se servir du réflecteur que j'ai fait construire, dans le temps, par Charrière, ou de tout autre; car il importe que l'opérateur ait une vue bien claire et bien nette du museau de tanche, afin d'observer et de suivre les effets produits par le caustique.

Le spéculum bivalve me paraît être le spéculum approprié à cette opération. On le place dans le vagin de manière qu'une valve soit inférieure et l'autre supérieure. Lorsque le museau de tanche est bien embrassé par l'instrument, on écarte les deux valves, et à mesure qu'elles s'éloignent

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 2 octobre.

FEUILLETON

Un médecin du temps de l'an 1600

QUELQUES ÉPISODES DE LA VIE DE TURQUET DE MAYERNE.

S'il fallait juger de la valeur des hommes par le bruit qu'ils font dans le monde, Théodore Turquet de Mayerne mériterait à coup sûr le premier rang parmi les médecins fameux de son siècle. Les historiens de la médecine en Angleterre aiment en effet à célébrer son souvenir. L'autre jour encore, dans une instructive conférence à l'*Athenæum Club*, le docteur Macdonnel présentait sa vie médicale comme un exemple de la pratique et du savoir-faire des médecins de l'époque des Stuarts.

Soit. Mais si Théodore Turquet a terminé sa carrière en Angleterre, il a longtemps aussi vécu et exercé en France, recevant à Montpellier le bonnet doctoral et à Paris une première consécration de sa renommée de praticien. Cette période de son existence fut tapageuse : il eut de célèbres querelles avec la Faculté, et ces orages ne contribuèrent pas peu à lui acquérir un nom et une place dans la médecine.

S'il y avait donc quelque gloire à revendiquer sa personnalité médicale, elle appartiendrait bien autant à la France qu'à l'Angleterre. M'est avis que ce procès néanmoins n'est pas d'urgente nécessité : car, dans la galerie des grandes figures de la médecine française, Théodore Turquet de Mayerne n'aurait droit qu'à un rang des plus secondaires. Il ne faudrait donc pas juger des mœurs médicales de son époque par

l'une de l'autre, le museau de tanche se relève et présente à l'œil le fond du cul-de-sac vaginal postérieur. On place dans cette cavité, et par conséquent sous le museau de tanche, un bouchon de coton qui est destiné à protéger la paroi postérieure du vagin contre les parcelles de caustique qui y tomberaient, ce qui ne peut guère arriver, mais plutôt contre les écoulements d'humeur imprégnée de la substance corrosive, s'échappant de la surface cautérisée ou de la cavité du col.

Lorsque l'opérateur est obligé de tenir avec la main gauche le réflecteur pour éclairer le fond du vagin, il a besoin d'un aide à qui il confie le manche du spéculum, et qui doit le tenir ferme dans la position adoptée. Or, il est rare que la malade soit seule. Mais quand elle n'est point accompagnée, c'est elle-même qui est l'aide, et qui saisit le manche du spéculum en allongeant une de ses mains. Lors même que la lumière du jour rend le réflecteur inutile, il est bon que le chirurgien ait les deux mains libres.

Lorsque le museau de tanche a été bien essuyé, le caustique, saisi à son extrémité externe au moyen d'une pince longue, est appliqué en plein sur l'orifice du canal cervico-utérin. Dans les cas où le museau de tanche est irrégulier, présentant des points plus saillants ou plus indurés que le reste de la surface, et où il y a lieu de faire disparaître ces inégalités, le caustique est appliqué seulement sur les points qu'il faut mettre de niveau (obs. V, VIII). Autrefois, les bâtons ou crayons de caustique Filhos avaient des diamètres variables, probablement pour faciliter ces applications partielles. Aujourd'hui, la maison Leperdriel, la seule qui confectionne le caustique Filhos, ne produit que des crayons qui ont environ 12 millimètres de diamètre, et avec lesquels on peut remplir toutes les indications. On peut d'ailleurs les tailler, ainsi que je l'ai dit plus haut.

Avant l'opération, le chirurgien a dû reconnaître l'état de ramollissement ou d'induration du col malade. Dans le premier cas, il a dû prévoir la possibilité d'une hémorrhagie, et se prémunir des moyens propres à la faire cesser ; et il ne doit jamais quitter la malade que lorsque l'hémorrhagie est complètement arrêtée (obs. VII). Dans le second cas, mais seulement lorsque l'induration est très considérable (obs. X), il a dû faire mettre à sa disposition un peu d'alcool pour en humecter l'extrémité du cylindre de caustique, qui, commençant à se dissoudre superficiellement au contact de ce liquide, acquiert une force de destruction plus grande.

---

l'exemple de sa bruyante personnalité, et encore moins donner son savoir-faire aux allures parfois très charlatanesques comme une preuve de la manière dont pratiquaient ses contemporains.

Cosmopolite par son origine et ses habitudes, Turquet de Mayerne le fut tout à fait par son existence partagée entre la France et l'Angleterre. Génevois par son lieu de naissance, il eut pour père Louis Turquet de Mayerne et pour mère Louise Le Masson, fille d'Antoine, trésorier des armées de François I[er] et de Henri II, en Italie. Avec une scrupuleuse exactitude, ses biographes ont même pris soin de transmettre à la postérité le nom de son parrain, qui fut, paraît-il, Louis de Bèze. D'ailleurs sa parenté était loin d'être obscure et les lettrés connaissaient le nom de son père par deux volumes in-folio ; *L'Histoire générale d'Espagne*, compilation qui fait encore aujourd'hui la joie des bibliomanes et, par son encombrant volume, le désespoir des bibliothécaires. De plus, si son nom est passé à la postérité, il le doit surtout à un pamphlet plus politique que littéraire : *La Monarchie aristo-démocratique*, ouvrage qui fut prohibé en France et mis en quarantaine sur les frontières du royaume. Théodore Turquet hérita donc de la plume et de l'esprit frondeur de son père, témoin ses démêlés avec la Faculté et le décret dont il fut l'objet.

Après un séjour à Heidelberg, il vint à Montpellier, en 1592. La Faculté de cette ville, alors en haute réputation, lui conféra, en 1596, le grade de bachelier, et, en 1597, celui de docteur. Agé alors de 24 ans, Théodore Turquet de Mayerne, ambitieux de se produire sur un vaste théâtre, obtint, à son arrivée à Paris, la charge de médecin du roi par quartier ; mais les événements le favorisèrent autant que les hommes, et, en 1600, il accompagnait à Spire, en qualité de médecin, l'ambassade du duc de Rohan.

La durée de l'application du caustique est très variable ; très courte lorsque le col est très ramolli (obs. VII), principalement pendant les premières cautérisations, elle doit être plus ou moins prolongée selon le degré de résistance des tissus engorgés ; elle varie aussi selon qu'on veut avoir une eschare plus ou moins épaisse, et, en produisant une action profonde sur les tissus malades, hâter plus ou moins la reconstitution de l'organe. C'est une affaire de tact et d'expérience. En général, la durée de l'application varie de 1 à 5 minutes. Cette dernière durée est même relativement longue, et ne saurait être admise lorsque le caustique est appliqué sur la plaie non encore cicatrisée résultant de la chute de l'eschare précédente.

Après la cautérisation, on essuie le museau de tanche avec beaucoup de soin, de manière qu'il n'y reste pas la moindre parcelle de caustique, et avec la pince longue, on retire le bouchon de coton protecteur. Immédiatement, saisissant avec la même pince longue un autre bouchon de coton imprégné d'eau vinaigrée et enfilé d'un fil assez fort à l'aide duquel il sera retiré, le chirurgien le loge dans la place qu'occupait le premier, et le maintenant dans sa position avec l'extrémité de la pince longue, il retire lentement le spéculum en fermant les valves avec beaucoup de précautions pour ne pas pincer la muqueuse vaginale. A mesure que le spéculum se ferme et se retire, le museau de tanche s'abaisse et vient se mettre en contact avec le dernier bouchon, qu'on laisse au fond du vagin. L'opération est finie.

Ordinairement, l'opérée garde le dernier bouchon de coton pendant le reste de la journée; et le soir, au moyen du fil qui y est attaché, elle le retire et fait une injection vaginale, soit avec de l'eau pure, soit d'après la formule prescrite.

Quel intervalle doit-on mettre entre les cautérisations avec le caustique Filhos? Rien n'est plus variable. On peut bien fixer un minimum, qui doit être de huit à dix jours. Mais cet intervalle peut être augmenté, soit par des circonstances qui naissent de la marche de la maladie ou du traitement, de l'effet produit sur l'organe cautérisé, de l'état de la santé générale, c'est-à-dire par des circonstances que le chirurgien seul peut apprécier, soit par des faits qui ne sont point dans sa dépendance. En général, sauf les retards apportés par la menstruation, l'intervalle est convenablement de huit à quinze jours.

C'est au retour de ce voyage qu'il ouvrit un cours public pour les chirurgiens et les apothicaires. Cette rapide fortune et le succès de ses leçons lui suscitèrent des jalousies, en même temps que, malgré la protection du médecin ordinaire de Henri IV, la Faculté prenait ombrage de cet enseignement. Les querelles qui s'ensuivirent eurent les doctrines pour prétextes; car de Mayerne, qui introduisit, dit-on, le calomel dans la thérapeutique usuelle, préconisait les remèdes chimiques. Le motif de ces disputes fut-il autre? Peut-être; il n'en est pas moins certain que la dispute s'envenima et qu'une guerre de plume fut déclarée.

En ce temps-là, le pamphlet était en faveur, et, d'après l'un de ses biographes, N.-F.-G. Eloy (de Mons) un pamphlet fut lancé contre lui; de Mayerne riposta, sous le pseudonyme de La Rochelle dans une brochure intitulée : *Apologia in qua videre est, inviolatis Hippocratis et Galeni legibus, remedia chymice præparata tuto usurpari posse,* Rupellæ, 1603, in-8°.

Guy Patin ne manqua pas dans ses lettres de parler de ce tournoi, qui, hormis les épées et le sang répandu, avait quelques allures homériques. « Comme il se piquait d'être grand chymiste, écrit Guy Patin dans sa VIII[e] lettre, il eut, ce Mayerne, querelle avec quelqu'un des nôtres. » Quel était ce chevaleresque adversaire, toujours prompt à porter la parole et à rompre des lances en faveur de la Faculté? Jean Riolan le père, naguère encore doyen en 1586 et 1587, homme de talent et de probité professionnelle. Avec l'autorité inséparable de hautes fonctions honorablement remplies, Riolan possédait de belliqueux instincts, et, comme M. Malborough, il aimait à partir en guerre. En 1577, il avait montré son ardeur en flagellant les chirurgiens usurpateurs de titres, dans

En finissant, je ne saurais trop le répéter, le repos et de grands ménagements sont de haute utilité pendant toute la durée d'un pareil traitement, mais surtout pendant les premiers jours qui suivent les cautérisations.

Hémiplégie et aphasie passagères chez un enfant à la suite d'une chute sur la tête.

Lu au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, à Rouen,

Par le docteur A. CARTAZ.

Le 19 actobre 1882, j'étais appelé précipitamment, en l'absence de mon collègue et ami Chevalet, pour voir un enfant qui présentait, à la suite d'une chute, des accidents graves. En jouant, l'enfant avait glissé sur un parquet ciré et était tombé en arrière, l'occiput frappant violemment le plancher. La mère releva l'enfant tout en pleurs, le consola et l'étendit sur son lit; l'enfant s'endormit pendant deux heures environ et son sommeil ne présenta absolument rien d'anormal. Au réveil, on veut mettre l'enfant par terre, et c'est alors qu'on s'aperçoit que la jambe et le bras droits refusent tout service. Je suis aussitôt appelé, environ deux heures et demie à trois heures après l'accident.

Je connais l'enfant pour lui avoir donné mes soins dans quelques circonstances ; il est d'une bonne santé, ne présente aucun antécédent maladif; il n'a jamais eu de convulsions. A mon arrivée, l'enfant est dans les bras de sa mère, et je constate les symptômes suivants : hémiplégie du côté droit *sans* anesthésie. Quand on pince le bras ou la jambe, l'enfant se remue et cherche à retirer le membre, en le prenant avec la main gauche. Paralysie faciale *droite*. La bouche est déviée, la langue l'est également. Quand on fait ouvrir la bouche, l'œil se ferme incomplètement. Egalité des pupilles, qui sont moyennement dilatées.

La nuque et l'occiput ne présentent pas traces de lésion : aucune bosse sanguine, aucune marque de contusion; la palpation à ce niveau ne semble même pas douloureuse, En voulant essayer de faire parler l'enfant, on constate de l'aphasie. Très causeur à l'ordinaire, il ne répond pas et fait des efforts évidents pour parler. Il se retourne vers sa mère, comme pour témoigner de son impuissance. Il n'y a eu, au moment de l'accident, ni état comateux, ni convulsions, ni vomissements.

Je fais administrer un lavement purgatif, appliquer des sinapismes. Le soir, le docteur Chevalet fait poser deux sangsues derrière les oreilles.

La nuit se passe bien, sans fièvre; l'enfant a bu du lait comme à l'ordinaire. Au matin, je le trouve jouant avec ses parents et je constate, comme la veille, l'hémiplégie des membres et de la face, sans anesthésie. Il répond aux questions par des signes de

---

un libelle resté fameux (1). Le voilà donc de nouveau dans la lice, livrant bataille aux chimistes dans la personne de Théodore Turquet de Mayerne et publiant à son tour un factum : *Ad Libavii responsio, pro censura Scholæ Parisiensis contra Alchymiam lata* (Parisiis, 1600, in-8°). Tel est le titre de cette brochure vengeresse, qui fit tant de bruit dans les écoles.

La Faculté en voulait peut-être plus, et elle n'avait pas tort, au savoir faire de Mayerne qu'aux doctrines chimiques du prétendu novateur. De par ses statuts et ses règlements, elle avait charge de veiller sur l'exercice de la médecine, et même, en ces temps lointains, il fallut probablement d'autres motifs qu'une raison doctrinale pour la déterminer à la sévère décision qui fut prise à l'égard de Théodore de Mayerne. D'où vint qu'on fit un « décret de ne jamais consulter avec lui? » Que n'en est-il encore de même? Et vraiment, ce me semble, la morale de cette histoire pourrait, avec quelque fruit, en l'an de grâce 1883, être apprise, retenue et enseignée à plus d'un bruyant vendeur du temple d'Esculape.

« De cette querelle, ajoute Guy Patin, provint une apologie du dit Théodore Mayerne « Turquet, de laquelle il n'est pas non plus l'auteur que vous ni moi. Deux docteurs de « notre Compagnie y travaillèrent; Séguin (2), notre Ancien, qui a toujours protégé

(1) *Ad impudentiam quorumdam chirurgicorum qui medicis œquari et chirurgiam publice profiteri volunt, pro veteri dignitate Medicinæ Apologia philosophica*, Parisiis, 1577, in-12.

(2) Pierre Séguin, médecin du roi, puis premier médecin de la reine Anne d'Autriche, mourut en 1648. Il était l'Ancien de la Faculté après avoir été professeur au Collège royal, où, à la mort de Martin Akakia, il fut nommé à la chaire de chirurgie

tête. Calomel à doses fractionnées, cinq centigrammes; frictions alcooliques sur les membres.

Le 21 octobre. Même état; la jambe semble cependant moins flasque. Deuxième dose de calomel.

22 octobre. L'enfant se tient un peu sur sa jambe; le bras est toujours inerte. La déviation de la bouche est moins accusée. Dans la matinée, il a prononcé un mot qu'il répète habituellement à tout propos. Huile de ricin, 15 grammes. Mouche de Milan.

Le 23 octobre, la paralysie tend à disparaître. L'enfant se tient bien sur sa jambe; il la lance en avant et marche à la façon d'un paralytique convalescent.

Le 25, l'enfant dit : « Maman; papa; » il meut le bras et la jambe, quoique avec moins d'aisance que du côté gauche. Le lendemain 26, il n'y a plus trace de paralysie; l'enfant a parlé la veille comme d'habitude. Pendant ces six jours, il n'y a pas eu un seul instant le plus léger signe de fièvre.

Notre collègue M. Launois a publié dans la *France médicale* (n° du 10 avril 1882) deux observations fort intéressantes de paralysie traumatique chez les enfants. La seconde se rapproche, comme genre d'accident et symptômes, du fait que je viens de rapporter, mais il en diffère par la longue durée des phénomènes de paralysie. M. Launois a admis, chez son jeune malade, une commotion cérébrale assez violente avec hémorrhagie.

Le diagnostic entre la contusion et la commotion cérébrales est toujours fort délicat, et je dois dire que le premier jour et même les suivants, quand je pus écarter définitivement l'idée d'une fracture, je fus assez embarrassé pour mettre une étiquette sur la lésion véritable. La marche de la maladie (absence de fièvre), la rapidité de disparition des phénomènes de paralysie, la restauration *ad integrum*, en sept jours, d'accidents aussi complexes, me semblent plus favorables à l'hypothèse d'une commotion cérébrale qu'à celle d'une contusion, celle-ci entendue comme s'accompagnant d'une hémorrhagie de quelque volume. Les recherches expérimentales de notre ami Duret rendent parfaitement compte de ces ébranlements portant sur divers points de la masse encéphalique, à la suite particulièrement d'un choc sur l'occiput, sur la région bulbo-protubérantielle. Il manque à mon observation les signes de pâleur, de vertige, les allures syncopales de la commotion ; mais ce sommeil, à défaut de signes que je n'ai pas observés et qui ont pu faire défaut, ne peut-il témoigner en faveur d'un état de torpeur cérébrale ? D'autre part, peut-on admettre qu'un épanchement

« les charlatans et son beau-frère; ce qu'ils avaient fait en dépit de quelques-uns de « nos Anciens qui étaient d'honnêtes gens, et tachaient avec fort bon dessein, que « les chimistes et les charlatans ne se missent ici en crédit, pour vendre leur fumée « aux badauds de Paris.

Cette lutte se prolongeait, et un décret de la Faculté en fut l'épilogue.

En voici la teneur d'après l'un des biographes de Théodore Turquet de Mayerne : « Col« legium medicorum in Academia Parisiensi congregatum, audita renuntiatione Cenorum « quibus demandata erat provincia examinandi Apologiam sub nomine Mayerni Turqueti « editam, ipsam unanimi consensu damnat, tanquam famosum libellum, mendacibus « conviciis et impudentibus calumniis refertum, quæ non nisi ab homine imperito, im« pudenti, temulento et furioso profiteri potuerunt.

« Ipsum Turquetum indignum judicat, qui usquam medicinam faciat, propter temeri« tatem, impudentiam et veræ medicinæ ignorationem.

« Omnes vero medicos, qui ubique gentium et locorum medicinam exercent, hortatur « ut ipsum Turquetum, similia que hominum et opinionum portenta, a se suis que fini« bus arceant, et in Hippocratis et Galeni doctrina constanter permaneant; et prohibuit « ne quis in hoc medicorum Parisiensium ordine cum Turqueto eique similibus, medica « consilia ineat; qui secus fecerit, scholæ ornamentis et Academiæ privilegiis privabitur, « et de Regentium numero expungetur.

par des lettres patentes de Henri IV, datées du camp de Laon, le 26 juin 1594. Plus tard, il eut celle de médecine, à dater du 19 septembre 1599, époque à laquelle il abandonna la première à Martin Akakia fils, dont il avait épousé la sœur, sous le décanat de Nicolas Elloin.

multiple, dépassant le volume d'un simple piqueté hémorrhagique, comme on l'observe dans ce qu'on appelle la commotion, ait pu se résorber d'une façon complète en moins d'une semaine, sans laisser aucune trace de dérangement fonctionnel? Je ne le crois pas, et c'est ce qui me fait conclure à l'existence, dans ce cas, d'une simple commotion cérébrale.

Les exemples en sont fort rares à cet âge (deux ans et demi), si j'en juge par les recherches bibliographiques étendues que j'ai faites. L'observation suivante, quoique différente à bien des points de vue que j'ai trouvée dans la *Lancet* du 9 octobre 1882, me paraît intéressante à rapprocher du cas que j'ai eu sous les yeux. Elle est due au docteur Turner et publiée sous le titre de *hémiplégie droite transitoire à la suite d'un choc sur la tête.*

M..., âgée de deux ans, est apportée au Seamen's hospital, Greenwich, le 7 août 1882, à 8 heures 30 du soir, avec les renseignements suivants. A cinq heures du soir, le même jour, elle était tombée d'une table, et le côté gauche de la tête avait heurté le sol avec assez de violence. L'enfant n'accusa aucun malaise jusqu'à six heures; à ce moment elle perdit progressivement et rapidement connaissance. Peu après, elle fut prise de mouvements convulsifs dans le bras droit, la jambe droite et le côté droit de la face. Ces convulsions se répétaient à des intervalles de quelques secondes. Quand on l'apporta à l'hôpital, cet état durait depuis une heure et demie.

A l'entrée, elle était complètement privée de connaissance; de moment en moment, elle était prise de convulsions du côté droit. Pupilles dilatées et insensibles à la lumière, la droite plus grande que la gauche. Déviation des deux yeux à gauche, sans rotation de la tête. Pouls à 60; respiration 29, profonde, mais libre; température 38°. Pas de vomissements. A la tête, tuméfaction œdémateuse à la partie antérieure et inférieure du pariétal gauche, sans fracture apparente.

On mit l'enfant au lit et on appliqua de la glace sur la tête; en peu de temps, les mouvements convulsifs cessèrent et les membres droits se paralysèrent complètement, ainsi que le côté correspondant de la face. Miction involontaire dans le lit de temps en temps. Pouls et respiration non modifiés. Temp. 37°. Vers une heure du matin, l'enfant commença à remuer son bras et sa jambe, et depuis ce moment la paralysie se dissipa graduellement, la jambe recouvrant ses fonctions la première et la face en dernier lieu. A huit heures du matin, elle vomit largement, et presque aussitôt la connaissance revint. A partir de ce moment elle se remit avec rapidité, et au bout de quatre jours elle quitta l'hôpital parfaitement rétablie.

« Datum Lutetiæ in scholis superioribus, die V decembris, anno salutis 1603. »

Ces menaces n'effrayèrent pas celui qu'elles visaient; il fut plus opiniâtre qu'un médecin de Blois de la même époque. En 1606, Paul Reneaulme, ce médecin, dans une semblable circonstance, céda au procès de tendance que la Faculté intentait à l'ouvrage clinique dont il était auteur (1). Les rétractations de ce genre exigeaient une bien grande humilité de caractère. En voici la preuve dans la déclaration que Reneaulme signa en 1607; de Mayerne, plus fier, ne l'eût certainement pas acceptée :

« Ego Paulus Reneaulme profiteor apud decanum et doctores Parisiensis scholæ, nun-
« quam usurum remediis scriptis in libro Observationum mearum typis edito, sed factu-
« rum medicinam secundum Hippocratis et Galeni decreta et formulas a scholæ
« Parisiensis medicis probatas et usurpatas. Datum Lutetiæ, die XXIII Februarii 1607. »

Le beau zèle de Riolan contre de Mayerne méritait une récompense. Elle fut tardive, cependant; car il ne l'obtint qu'après la condamnation de Pierre Paulmier, autre chimiste qui avait commis le délit de publier le *Lapis philosophicus dogmaticorum quo scholæ medicæ judicium de chymicis declaratur, censura in fraudes parachymicerum defenditur, afferto veræ alchymiæ honore*. Parisiis, 1609, in-8°. En effet, dans l'éloge de la Faculté de Paris, prononcé devant les Ecoles, pour la réception de Lauriers, le 16 octobre 1770, Albert Hazon (2)

(1) Cet ouvrage était intitulé : *Ex curationibus observationes qui videre est morbos tuto, cito et jucundo posse debellari, si præcipue Galenicis præceptis chymica remedia veniant subsidio*. Parisiis, 1606, in-8°. Paul Reneaulme était docteur d'Avignon et médecin de Marie de Médicis. (Voir Delthil : *Causerie sur le médecin*, p. 97; 1883.)

(2) *Eloge historique de la Faculté de Paris*. Edition en français; 1773.

Diagnostic des bruits organiques et inorganiques du cœur,

Lecture faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 27 mai 1883,

Par le docteur P. DUROZIEZ,
ancien chef de clinique de la Faculté.

Ce diagnostic est difficile et le plus grave de tous. Tous les cardiopathes se sont agités autour de ce problème qu'il ne faut pas croire avoir résolu. On a trouvé des solutions qui ont au moins l'avantage de ne pas imposer au cœur des lésions graves.

Pour les cas douteux on a rejeté les lésions d'orifice absolues; on a admis les bruits extra-cardiaques, les insuffisances relatives, en faveur desquels on ne peut pas plus apporter de preuves que nous ne pouvons en fournir pour la thèse de la chloro-anémie que nous soutenons. Nous prions seulement nos confrères de ne pas oublier la facilité et l'intensité de vibration que possède le sang; s'il peut souffler, vibrer et chanter dans les jugulaires, pourquoi ne le ferait-il pas au cœur dans la période diastolique comme dans la systolique? Nous aurons à examiner les bruits chloro-anémiques chez les gens âgés, et nous nous efforcerons, probablement sans atteindre un meilleur succès que nos devanciers, de donner des signes auxquels on puisse reconnaître les bruits chloro-anémiques.

Notre ingénieux et savant ami C. Paul a contribué à rendre à l'anémie sa part dans les bruits anormaux du cœur; bien que décidé à la cantonner, il a été obligé de s'avancer jusqu'à la pointe. Nous regrettons qu'il applique à une localisation du souffle anémique la désignation mitrale, puisqu'il n'admet aucun rapport du souffle avec la mitrale; nous regrettons aussi le terme anémospasmodique, parce que anémo éveille en nous l'idée de vent et non celle d'anémie. Dans le rhumatisme articulaire aigu, il conclut à l'absence de l'endocardite, lorsque le bruit de la pointe disparaît promptement; pourquoi l'endocardite ne serait-elle pas transitoire comme toute arthrite? Et puis il ne faut pas englober tous les bruits sous l'appellation générale, souffle; il y a les roulements, les ronflements; les souffles en jet de vapeur, les piaulements, etc. Le souffle en jet de vapeur chez un rhumatisant est le signe d'une insuffisance mitrale qui existait avant l'attaque.

---

rappelle que « M. Riolan fut le rédacteur de ces censures, et qu'il employa plus de travail que « les autres commissaires. La Compagnie lui fit présent d'une salière d'argent d'un bon « poids, pleine de sel, symbole de la sagesse de ses remarques, avec une inscription « gravée sur l'endroit le plus apparent : *Facultas saluberrima hoc me munere donavit.* De « plus, en considération des services du père, elle fit remise au fils de 180 livres qui « devaient entrer dans ses coffres pour son doctorat. Elle l'établit archidiacre des Ecoles, « et cassa l'élection des étudiants, qui en avaient nommé un autre, quoique ce fils de « maître et bachelier eût requis la préférence. » Une salière d'honneur au père, une charge universitaire au fils! La générosité de la Faculté n'avait d'autre mesure que son enthousiasme!

Turquet de Mayerne cessa de professer la chimie et la pharmacie; mais il n'en continua pas moins d'user de ses remèdes. A cette époque, il fut sur le point, disent quelques chroniqueurs, d'obtenir la succession d'André de Lauréas au poste de premier médecin de Henri IV. C'eût été une revanche; il ne l'eut pas, parce qu'il était protestant et que la reine s'opposa à son élévation. Une autre circonstance devait bientôt consacrer cette renommée un peu tapageuse et lui donner définitivement la fortune en même temps qu'un royal client de l'autre côté de la Manche.

Ces foudres universitaires avaient pour origine un ancien décret dont la teneur nous a été conservée. L'usage des remèdes chimiques, et surtout de l'antimoine, y était proscrit. On avait donc trouvé, dans ce texte, les considérants du jugement sévère rendu contre le coupable. Voici, en effet, les termes dans lesquels ce décret était conçu. Les réquisitions de Riolan y trouvaient bien leur justification, en ce temps de chicanes où dans l'Ecole les savants croisaient à tout propos la plume, comme les nobles ferraillaient de l'épée en Place-Royale :

Enfin il n'est pas indifférent que le souffle soit entendu ou non en arrière. Nous reviendrons sur tous ces points.

S'il est vrai que beaucoup d'individus qui ont eu des rhumatismes articulaires aigus, même avec endocardite, n'ont pas plus tard de maladie organique du cœur, il n'en est pas moins important de constater dans les antécédents un rhumatisme articulaire aigu ou chronique.

L'examen de la région précordiale et du cou doit être fait avec le plus grand soin, inspection, palpation, percussion, auscultation. Il faut tenir compte du sexe et de l'âge du sujet. On dit qu'il faut se laisser guider par le battement de la pointe, que la percussion est trompeuse. Nous pensons qu'il faut avoir recours aux deux moyens. L'endroit où bat la pointe n'est pas toujours aussi facile à fixer qu'on le croirait; le mouvement de la pointe peut se propager très loin quand le cœur palpite ; le cœur peut ne pas manifester ses battements au dehors; ainsi, dans l'insuffisance aortique, la surface cardiaque est immobile, à tel point que nous avons vu admettre des hydropéricardes là où il n'y avait qu'une insuffisance aortique avec son cœur dilaté. L'extrémité du cœur peut être arrondie en forme de sac, dans l'insuffisance aortique, par exemple, et la partie qui formait la pointe peut avoir été rejetée en dedans ; on ne trouve plus le battement spécial de la pointe, en torsion. Le cœur bat dans toutes ses parties ; il ne faut pas croire que tout battement est produit par la pointe, sous peine de faire occuper à celle-ci les positions les plus étranges. Pour admettre que c'est la pointe qui bat, il faut sentir le mouvement de torsion ; il faut presque tenir la pointe entre les doigts. La pointe bat dans le quatrième espace chez les individus jeunes jusqu'à 35 ou 40 ans, dans le cinquième chez les gens plus âgés. Il est important de bien calculer les espaces. On ne peut avoir une idée nette du volume du cœur que par la percussion qui donne des renseignements très précis, quoi qu'on dise. Le cœur n'est pas plus difficile à délimiter que les autres organes. Si l'estomac ne donne pas une sonorité suffisante, on le remplit d'air en faisant avaler au malade de l'air en même temps que l'eau qu'on lui fait boire par saccades. On peut aussi, par une percussion légère, délimiter les poumons et la ligne inférieure du foie ; la délimitation de la ligne supérieure demande un doigt exercé. La matité relative du cœur doit commencer à la troisième côte, il doit y avoir de la résonnance dans le deuxième espace. La matité ne doit pas dépasser la

---

« Universi collegii medicinæ Facultatis conventu habito super Stibii seu Antimonii « judicio et lege ferenda, sancitum est omnium, qui in medicina claruerunt, auctoritate « atque rationibus cum alibi sœpe, tum nuper apud patronum regium deductis, ipsum « stibium deleterium esse et inter ea simplicia, quœ venenata qualitate pollent, annume- « randum, nec posse quavis arte emendari, ut intro citra molestissimum noxam possit « assumi. Datum in scholis medicinæ, tertio calendas Augusti. Anno 1566. »

A suivre.

Glycéré contre l'eczéma des fosses nasales. — Hébra.

Sulfate de zinc pulv.	0 gr 50 centigr.
Hydrolat de laurier-cerise.	5 grammes.
Glycérine pure.	10 —

F. s. a. une solution. On en imbibe des plumasseaux de charpie, qu'on introduit dans les fosses nasales envahies par l'eczéma. On commence par faire renifler de l'infusion chaude de feuilles de sauge, pour entraîner les croûtes. — N. G.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Francis Berthier, décédé à Aix-les-Bains, dans sa trente-septième année.

cinquième côte chez les jeunes gens, la sixième chez les gens plus âgés. Cette hauteur mesure chez l'homme 10 centimètres, chez la femme, 9 centimètres ; la largeur est de 15 centimètres chez l'homme, et de 13 chez la femme ; elle dépasse de 2 centimètres le bord droit du sternum. Quand les cavités droites ne sont pas dilatées, on trouve de la résonnance sous le sternum et à gauche du sternum, le poumon droit s'avance sous le sternum. Souvent un cœur qui présente une grande surface d'impulsion, ne présente plus qu'une surface restreinte de matité.

L'auscultation tient une grand place dans le diagnostic des bruits organiques et inorganiques du cœur. Avant d'ausculter le cœur, il faut examiner, palper et ausculter les vaisseaux du cou et de l'aine avec grand soin, le malade étant alternativement debout et couché. Nous devons noter la forme et le timbre des bruits, soit au premier, soit au second temps; nous prenons un aperçu de la tendance du malade à produire facilement certains bruits.

Au cœur nous étudions les claquements. Si nous entendons le premier claquement très net et très délicat dans l'aisselle gauche, nous sommes averti que la valvule est très peu altérée, si elle l'est.

Les bruits anormaux peuvent exister au deuxième temps comme au premier dans la chloro-anémie; quelquefois nous ne serons guidé pour refuser un bruit du deuxième temps à l'anémie que par la constance de ce bruit. Nous reviendrons un peu plus loin sur ce point important du diagnostic. La forme du souffle du premier temps à la pointe a une importance très grande pour nous. Pour certains auteurs, tout souffle de la pointe ne peut être chlorotique; souffle à la pointe, donc souffle d'insuffisance mitrale, il ne reste plus qu'à arranger l'insuffisance, on crée la paralysie des muscles papillaires, on crée l'insuffisance. Nous n'admettons comme souffle d'insuffisance soit mitrale, soit tricuspide, que le souffle en jet de vapeur, le véritable souffle, bref, instantané, rapide, d'apparence superficielle, parfois piaulant, se détachant des autres bruit du cœur, comme le souffle de la locomotive se détache du bruit des roues. Comme rhythme, il diffère complètement du bruit chlorotique qui est traînant, prolongé. Le souffle d'insuffisance auriculo-ventriculaire, le souffle en jet de vapeur n'est pas fermé par le deuxième claquement; il se forme à un orifice qui n'a rien à faire avec le deuxième claquement; le souffle chlorotique, au contraire, qui se forme aux orifices artériels dure tant que le deuxième claquement n'a pas paru; il est fermé par le deuxième claquement, il s'appuie sur lui, Le souffle chlorotique donne l'idée d'une marche lente et assurée; le souffle en jet de vapeur donne l'idée du faux pas, de la marche dans le vide. Il faut réserver le nom de souffle en jet de vapeur à une forme spéciale qui du reste est celle du véritable souffle.

Comment distinguerons-nous le bruit chlorotique du bruit organique de l'orifice aortique? Tous deux se forment au même endroit. Je ne pense pas que le timbre puisse les différencier. Le bruit chlorotique, plus souvent doux, peut aussi prendre le timbre âpre et rude. Le rhythme est le même dans les deux cas. S'il y a lésion des valvules, il est bien probable qu'il y aura insuffisance aortique et bruit anormal au deuxième temps. S'il y a lésion de l'aorte à son origine sans lésion de l'orifice, ce qui doit être assez rare, nous avouons notre embarras; nous n'avons plus pour nous guider que l'augmentation du volume du cœur et les antécédents, rhumatisme aigu ou chronique, alcoolisme, âge, etc...

Dans l'ictère simple, on a attribué le souffle à la mitrale ou à la tricuspide; nous n'acceptons pas cette interprétation parce qu'on entend le premier claquement très net à gauche et à droite, en même temps qu'on trouve toujours des bruits anémiques dans les jugulaires.

Dans le goître exophthalmique, d'après Charcot, l'autopsie a montré un cœur volumineux, des cavités ventriculaires distendues quelquefois à un

haut degré, des valvules saines, le tissu musculaire flasque et ramolli. Friedreich explique les battements cardiaques par la paralysie des nerfs cardiaques vaso-moteurs originaires du sympathique cervical, par conséquent, par la *dilatation des artères coronaires;* d'où résulte la fluxion artérielle du tissu musculaire du cœur. Nous pouvons assimiler l'état du cœur à celui du corps thyroïde. On trouve des souffles dans les artères coronaires comme on le fait dans les thyroïdiennes et les souffles sont entendus sur toute la surface du cœur.

Chez une femme de 30 ans, nous notons le goître, l'exophthalmie, les palpitations et une toux opiniâtre avec hémoptysies abondantes. Les jugulaires sont grosses, battent et frémissent. Le cœur mesure 11 centimètres en hauteur, sur 16 ou 17 en largeur. La pointe bat énergiquement en dehors du mamelon, dans le cinquième espace. On ne sent pas de frémissement net. Le pouls, assez souvent inégal et irrégulier, bat entre 80 et 100. On entend les claquements en avant, en arrière; le second parfois très nettement dédoublé à la pointe. Sur une large surface, à la pointe, à la base, on entend au premier temps un souffle considérable qui ne se propage pas en arrière et se retrouve dans la carotide: ce souffle est constant. On ne note aucun œdème. La respiration est normale. La toux est incessante, sans amener aucun crachat.

Notons que le souffle n'a pas la forme du souffle en jet de vapeur et qu'il n'est pas entendu en arrière; nous ne pouvons pas admettre l'insuffisance mitrale. Le souffle peut se former à l'orifice aortique; mais ne peut-il pas se former dans les artères coronaires, du moins pour une partie? Le souffle de la grossesse se rapproche du souffle que nous notons plus haut, comme l'état de l'utérus se rapproche de celui du corps thyroïde et du cœur des exophthalmiques.

Nous arrivons aux bruits anormaux du cœur au deuxième temps, d'origine chlorotique. Nous nous engageons sur un terrain scabreux. Jusqu'ici les auteurs ont réservé le deuxième temps aux lésions organiques, aux lésions des valvules; on a imaginé les bruits extra-cardiaques pour échapper à une théorie intra-cardiaque de bruits du deuxième temps évidemment non valvulaires.

Quel que soit notre déplaisir de ne plus pouvoir dire bruit de deuxième temps, lésion d'orifice, nous pensons que la question mérite l'examen. Le diagnostic du rétrécissement mitral et de l'insuffisance aortique en souffrira; nous serons tenu à plus de sévérité dans l'appréciation des signes qui auront besoin de plus de constance et d'éclat pour représenter une lésion définitive. Il y a lieu de se méfier.

On a été étonné parfois de la disparition de certains rétrécissements mitraux. Nous pensons aujourd'hui que ces rétrécissements n'existaient pas; c'est l'état chloro-anémique qui facilitait la production des bruits analogues à ceux du rétrécissement mitral, avec cette particularité qu'ils n'étaient pas constants et qu'ils disparaissaient.

Pouvons-nous compter toujours sur les bruits des vaisseaux du cou pour nous tenir en garde contre les bruits chlorotiques du cœur? Ceux-ci peuvent-ils exister sans que ceux-là existent? On l'admet quand on connaît la variabilité des bruits chlorotiques. C. Paul pose cependant en principe que, lorsque les bruits chlorotiques disparaissent, la disparition débute par la pointe, continue par l'artère pulmonaire et finit par le cou.

Nous sommes étonné que les auteurs qui ont tant insisté sur les différentes formes du bruit chlorotique au niveau du cou n'aient pas examiné si par hasard ces bruits du cou ne pourraient pas aussi se former dans le cœur.

Bien que l'observation suivante ne se termine pas par la mort et l'autopsie qui lèverait tous les doutes, nous la donnons comme un exemple des apparences de lésion organique que revêt l'hystérie. Chez cette femme,

notre diagnostic changeait à peu près tous les jours, admettant cette fois un simple état chloro-hystérique du sang et du cœur. Cette autre fois, un rétrécissement mitral et une insufffisance aortique. Les hémoptysies font croire à des tuberculisations, les bruits anormaux du cœur à des lésions d'orifices. On sait les signes graves en apparence manifestés par l'hystérie dans le système nerveux; quand nous auscultons un ou une hystérique, nous devons nous méfier des bruits anormaux que nous entendons, nous devons être plus exigeants pour eux, et ne pas poser un diagnostic grave à la légère; plusieurs examens sont nécessaires, et rien ne doit manquer aux signes d'une lésion.

Nous devons donner l'observation complète afin qu'on puisse rectifier les erreurs d'interprétation que avons pu commettre.

A suivre.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 octobre 1883. — Présidence de M. Guéniot.

Sommaire. — Nécrologie. — Présentations. — Discussion sur la taille hypogastrique. — Rapports. — Présentation de pièce pathologique : gastro-stomie pratiquée pour un rétrécissement de l'œsophage.

M. le Président a le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Drouineau (de La Rochelle), un des plus anciens membres correspondants de la Société de chirurgie.

— M. Verneuil présente, au nom de M. le docteur Petit, bibliothécaire de la Société de chirurgie, une brochure relative à l'anus contre nature iléo-vaginal, brochure dans laquelle l'auteur témoigne une fois de plus du grand sens d'érudition qui le distingue, en rassemblant tous les faits épars de cette variété rare d'anus contre nature.

— M. Berger présente, de la part de M. le docteur Bouilly, une série de brochures relatives à divers sujets de pratique chirurgicale.

— A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et de la communication de M. Desprès relative à une observation de taille hypogastrique, M. Tillaux croit devoir dire quelques mots sur les rapports du péritoine avec la vessie, rapports qui ne sont pas indiqués d'une manière parfaitement exacte dans les ouvrages classiques d'anatomie.

Ainsi, M. Sappey, dans son livre qui jouit d'une si grande et si légitime autorité, donne comme conclusion de ses recherches sur les rapports du péritoine avec la vessie, la proposition suivante : à mesure que la vessie se distend, le péritoine descend; plus la vessie est distendue, moins il y a de paroi vésicale accessible au chirurgien.

Si cette proposition était vraie, il en résulterait que les chirurgiens auraient grand tort de distendre la vessie dans l'opération de la taille hypogastrique, puisqu'ils s'exposeraient ainsi d'autant plus à rencontrer le péritoine qu'ils veulent éviter; mais M. Tillaux pense que M. Sappey a mal interprété les faits. Il s'est livré lui-même à de nouvelles expériences sur ce point, et il a constaté que toute la portion du péritoine cachée avec la vessie dans le petit bassin, quand la vessie est vide, se relève à mesure que la vessie est distendue et découvre de plus en plus la paroi antérieure de cet organe dont elle ne tapisse plus que le fond ou le sommet.

M. Tillaux établit donc comme fait incontestable résultant de ses expériences que plus la vessie est distendue, plus il y a de paroi vésicale antérieure accessible au chirurgien.

Les rapports du péritoine avec la vessie demi-pleine sont évidemment intermédiaires à ceux de la vessie vide et de la vessie distendue; quoi qu'en dise M. Desprès, la taille hypogastrique pratiquée sur une vessie demi-pleine expose plus à la lésion du péritoine que lorsqu'elle est faite sur une vessie distendue.

La distension de la vessie, dans la taille hypogastrique, est donc une condition excellente, puisqu'elle éloigne le péritoine de l'atteinte des instruments.

De même le refoulement de la vessie en avant à l'aide du ballon rectal de Petersen

favorise l'accès de la paroi vésicale antérieure en l'appliquant contre la paroi abdominale où l'organe vient faire saillie.

En résumé : 1° Plus la vessie est distendue, plus le péritoine remonte et plus il y a de paroi vésicale antérieure accessible au chirurgien ;

2° Il est très utile de distendre la vessie par les injections pour faciliter l'opération de la taille hypogastrique ;

3° Le ballon de Petersen est également très utile dans cette opération, en appliquant la vessie contre la paroi abdominale.

M. Marc Sée fait remarquer, à l'appui de ce que vient de dire M. Tillaux, que le cul-de-sac péritonéal très peu adhérent à la paroi vésicale dans sa partie inférieure, l'est beaucoup plus à sa partie supérieure. Il est donc facile de comprendre que la vessie, en se distendant et en remontant dans le bassin, entraîne avec elle toute la partie adhérente du péritoine dont le cul-de-sac remonte pareillement en découvrant la paroi antérieure de la vessie.

Il est également facile de comprendre que le ballon rectal de Petersen applique la vessie contre la paroi abdominale et facilite l'opération de la taille hypogastrique.

Quant aux muscles pyramidaux indiqués par M. Desprès comme points de repère dans cette opération, M. Marc Sée prouve, par des citations empruntées aux ouvrages de Henle, de Cruveilhier, de M. Sappey, que ces muscles sont extrêmement variables dans leur volume et leur longueur et que souvent ils font complètement défaut, toutes conditions qui ne peuvent permettre de les choisir comme points de repère.

M. Trélat dit que l'étude anatomique directe confirme les observations présentées par MM. Tillaux et Marc Sée. Pendant son prosectorat, il a eu souvent l'occasion de faire faire aux élèves des préparations qui démontrent la réalité des rapports du péritoine avec la vessie, tels que ses collègues viennent de les indiquer.

M. Desprès fait remarquer que dans l'état de demi-plénitude de la vessie, cet organe remonte sur la ligne médiane à 4 ou 5 centimètres au-dessus du pubis et l'ouraque forme toujours au-dessus d'elle un cordon qui sert de conducteur vers le sommet de ce réservoir, de sorte qu'il est toujours facile de trouver la paroi antérieure de la vessie et de l'inciser sans l'aide de l'injection ni du ballon de Petersen.

M. Desprès pense même que l'emploi du ballon rectal expose à la blessure du péritoine celui-ci, dans l'état de distension de la vessie, formant sur les côtés de l'organe deux espèces de mamelles, tandis que la partie médiane du cul-de-sac péritonéal est seule relevée.

Quand on a affaire à un calcul de moyen volume, il existe toujours, suivant M. Desprès, une quantité suffisante d'urine dans la vessie pour qu'il soit possible de pratiquer avec succès la taille hypogastrique sans ballon ni injection, grâce aux points de repère faciles à trouver qui sont l'ouraque et les muscles pyramidaux. Quoi qu'en ait dit M. Sée, les muscles dont il s'agit font rarement défaut ; M. Desprès les a toujours rencontrés sur tous les sujets qu'il a disséqués. Ce qui varie dans ces muscles c'est la paroi charnue, la partie tendineuse reste toujours la même. Lorsque ces muscles manquent, ils sont remplacés par la partie inférieure du muscle grand droit de l'abdomen qui s'insère au pubis et qui sert alors de point de repère.

M. Tillaux déclare que M. Desprès rendrait un fort mauvais service aux chirurgiens qui sur la foi de ses paroles iraient chercher l'ouraque pour se guider dans l'opération de la taille hypogastrique. C'est là, en effet, le moyen infaillible d'atteindre le péritoine puisque celui-ci double le cordon en question. Les chirurgiens qui suivraient le conseil de M. Desprès iraient donc au devant du danger qu'il s'agit d'éviter, et il faudrait être de l'habileté la plus extrême pour aller ainsi à la recherche de l'ouraque sans blesser le péritoine.

M. Monod a eu plusieurs fois l'occasion de pratiquer la taille hypogastrique, et sa principale préoccupation a été de ne pas voir le péritoine. Aussitôt la paroi musculaire ouverte, il introduit son doigt dans la plaie et, sans regarder, il refoule en haut avec le doigt tout ce qui est en avant de la vessie, ainsi que le conseille M. Guyon, afin de pouvoir faire en toute sécurité l'incision de la paroi vésicale. Pour cela, les injections intra-vésicales et le ballon de Petersen lui ont toujours été d'un grand secours et lui ont singulièrement facilité l'opération.

— M. Nepveu lit trois rapports : le premier sur une observation de M. le docteur Vieusse, médecin militaire, relative à un cas d'hémorrhagie, avec dyspnée et accès de suffocation, produite par une sangsue qui, avalée par mégarde, s'était fixée à la paroi

antérieure du larynx. A l'aide du laryngoscope et de la pince de M. Cusco, M. Vieusse est parvenu à extraire la sangsue vivante.

Le second rapport a pour sujet une observation de M. Bouilly, concernant un cas d'étranglement herniaire par une corde épiploïque existant à la partie inférieure du sac.

Le troisième rapport a trait à un travail de M. Blum sur l'*orteil en marteau*, déformation que l'auteur attribue à une péri-arthrite chronique survenue à la suite d'un durillon.

MM. Terrier, Marc Sée et Desprès croient qu'il s'agit là d'un vice de conformation qui se développe plus ou moins longtemps après la naissance, et que le durillon est plutôt l'effet que la cause de la déformation.

M. Guéniot pense que le processus anatomique indiqué par M. Blum n'est pas incompatible avec l'influence héréditaire.

— M. Lucas-Championnière présente une pièce pathologique reproduite par un dessin à l'aquarelle, et relative à une opération de gastro-stomie qu'il a pratiquée, il y a trois mois, chez un individu atteint de rétrécissement de l'œsophage pour avoir avalé une fiole d'acide chlorhydrique. Tout l'œsophage, y compris le pharynx jusqu'à l'estomac, avait été touché par le caustique, et le malade avait rendu par le vomissement la muqueuse œsophagienne tout entière.

Lorsque le malade passa du service de médecine, où il était entré après l'accident, dans le service de M. Lucas-Championnière, il était tombé dans un état complet de marasme et d'étisie; il toussait comme un phthisique et, à l'auscultation, on constatait dans l'un des poumons une véritable caverne.

M. Lucas-Championnière réussit à passer une sonde de petit calibre, mais la nutrition ne se faisant plus, et le malade étant arrivé à l'extrême limite de ses forces, il fallut songer à un moyen plus radical et se décider à pratiquer la gastro-stomie.

L'opération ne présenta aucune difficulté. Au lieu d'employer le procédé de M. Léon Labbé, qui, suivant M. Lucas-Championnière, expose à ouvrir le côlon, en faisant tomber le milieu de l'incision au niveau de la neuvième côte, il a pratiqué son incision en remontant jusqu'au-dessus de la huitième côte gauche; il a rencontré immédiatement le bord inférieur du foie, qu'il a suffi de relever pour découvrir l'estomac dont la paroi antérieure vient s'offrir, en quelque sorte, au chirurgien.

Après l'incision et la suture de la plaie stomacale, le malade s'est trouvé dans les conditions les meilleures; on a pu injecter dans la cavité gastrique une quantité suffisante de liquides alimentaires; le malade qui, la veille, n'avait pas rendu une seule goutte d'urine, a pu expulser une certaine quantité de ce liquide par suite du rétablissement de la sécrétion rénale.

Malheureusement, le quatrième jour après l'opération, le malade a été pris d'accès de suffocation pendant lesquels il a vomi, à plusieurs reprises, une certaine quantité de liquide purulent, et il a fini par succomber à l'asphyxie.

A l'autopsie, on a constaté que l'ouverture de la cavité stomacale, bien que l'incision de la paroi abdominale eût été portée autant que possible à gauche, était située au voisinage du pylore, par suite de la rétraction subie par l'estomac. On a constaté également que la caverne pulmonaire dont l'existence avait été reconnue pendant la vie et avait fait croire à la phthisie, n'était qu'une poche produite par la pénétration de la sonde œsophagienne dans les voies respiratoires pendant le cathétérisme de l'œsophage pratiqué en vue de nourrir le malade.

Malgré le résultat final de son opération, M. Lucas-Championnière estime que la gastro-stomie est une opération excellente, mais qui demande à être pratiquée de bonne heure si l'on veut en obtenir les heureux résultats que l'on est en droit d'en attendre. Le malade dont il s'agit ici a été opéré beaucoup trop tard, alors qu'il était au bout de ses forces, et il y a tout lieu de croire qu'il eût été sauvé si l'opération avait été pratiquée à temps. Dès que le rétrécissement de l'œsophage est reconnu non dilatable, il faut sans hésiter recourir à la gastro-stomie.

M. Tillaux fait observer qu'il ne serait pas juste d'enlever à M. Léon Labbé la propriété du procédé de gastro-stomie pratiqué par M. Lucas-Championnière. C'est M. Léon Labbé qui, le premier, a eu l'idée de faire l'incision à gauche, vers les fausses côtes, au lieu de la pratiquer sur la ligne médiane comme le conseillait Sédillot. M. Tillaux a été témoin des recherches faites à ce sujet, avec le plus grand soin, par M. Léon Labbé et son neveu, alors préparateur de M. Tillaux, pour trouver la meilleure voie pour arriver sur l'estomac; ils ont reconnu que c'était de faire l'incision de la paroi abdominale sur le côté, à gauche, en se rapprochant des fausses côtes, de manière que la queue de

l'incision arrivât au niveau de la neuvième côte gauche. Tel est exactement le procédé de M. Léon Labbé, tel que l'auteur l'a décrit et exécuté.

M. Lucas-Championnière déclare qu'il a été induit en erreur par la lecture des relations des observations pratiquées suivant le procédé dit de M. Léon Labbé; il avait toujours cru, sur la foi de ces observations, que M. Léon Labbé conseillait de pratiquer l'incision de la paroi abdominale au niveau de la neuvième côte gauche, ce qui, d'après ses propres recherches, expose à tomber sur le côlon. Au reste, d'après M. Lucas-Championnière, le véritable point de repère, dans la gastro-stomie, c'est le foie. Dès que cet organe est mis à nu, il suffit d'en relever le bord pour découvrir l'estomac, dont la paroi antérieure s'offre aux yeux du chirurgien. A. T.

JOURNAL DES JOURNAUX

Un cas d'empoisonnement par les huîtres, par le docteur Moody. — Le docteur Moody communique à la *Gazette de thérapeutique de Philadelphie* l'observation d'un cas très intéressant d'empoisonnement par les huîtres, dont voici le résumé :

Dans la soirée du 5 du mois dernier, on appelle le docteur Moody en toute hâte auprès d'un malade qui, lui dit-on, est sur le point de mourir. Le malade, un homme de 27 ans, d'une constitution vigoureuse, gît sur son lit, absolument privé de connaissance, en proie à de violentes convulsions d'un caractère tonique, tétaniforme. Les joues sont rouges et brûlantes, les yeux clos, les pupilles dilatées et paresseuses, les conjonctives injectées. La peau est chaude et la respiration difficile, fréquente, stertoreuse. Les convulsions procèdent par attaques de quelques minutes de durée et se reproduisent toutes les dix minutes environ. Le docteur Moody, par l'enquête à laquelle il se livre, apprenant que le malade, peu de temps auparavant, venait de manger des huîtres d'une qualité très douteuse, administre un émétique qui détermine l'expulsion de substances alimentaires noirâtres. Au bout d'une heure la cavité stomacale pouvait être considérée comme entièrement vide. Mais voyant que malgré l'expulsion complète de l'aliment toxique, la violence des symptômes ne s'amendait pas, le docteur Moody prescrit l'administration d'extrait fluide de cornouiller de la Jamaïque (Jamaica dogwood. Erythrina piscidia. Coque du Levant), dans l'espoir de calmer les convulsions et d'amener le sommeil. La dose prescrite est de un demi-grain (0,032 milligrammes) dans un peu d'eau, à renouveler toutes les demi-heures. Le soulagement fut rapide et complet. Deux heures après l'administration du médicament, toute convulsion et toute douleur avaient disparu, et le malade reposait d'un sommeil tranquille et réparateur d'où il sortit trois heures plus tard presque guéri. Le lendemain matin l'amélioration s'était accentuée. Un léger cathartique complète la guérison.

L'auteur dit avoir réussi à calmer certaines névralgies par l'emploi du piscidia erythrina dans des cas où l'opium avait également donné les meilleurs résultats, mais au prix des effets désagréables auxquels l'usage de l'opium ou de ses alcaloïdes expose si souvent. (*Poisoning, by Cove Oysters*, by Moody M. D., *Therapeutic Gazette,* July 1883.)

L. Dn.

VARIÉTÉS

Le salicylage des substances alimentaires et le rapport de M. Brouardel au Comité consultatif d'hygiène de France.

L'interdiction du salicylage des aliments paraissait acquise à la législation commerciale par les arrêtés ministériels du 7 février 1881 et les rapports du Comité consultatif; mais la persévérance des défenseurs de ces pratiques est infatigable. Les intérêts commerciaux ont certainement leur importance, et M. Brouardel est tout disposé à en tenir compte; seulement les considérations d'hygiène doivent avoir le premier rang.

Parce qu'on a pu doser à l'aide de meilleures méthodes chimiques de minimes quantités d'acide salicylique introduites dans la fabrication des conserves, il n'en est pas moins certain que cette substance, éliminée par le rein et le foie, devient un danger pour la santé des individus dont les sécrétions rénales et hépatiques sont insuffisantes. D'ailleurs, chez des personnes en état de santé parfaite, l'acide salicylique entre en combinaison avec l'intimité des tissus; de là son accumulation dans les organes et le dan-

ger de l'usage journalier de cette substance. Aussi, ajoute le savant professeur, « lorsqu'on cite si complaisamment les exemples dans lesquels des malades ou des jeunes « gens bien portants ont toléré sans inconvénient apparent pendant des mois et des « années, des doses d'administration journalière de 4 à 6 grammes de salicylate de « soude, il ne faudrait pas passer sous silence les vieillards, les albuminuriques, les « individus atteints d'une affection hépatique ou rénale d'origines diverses, dont la vi « pourrait être sérieusement compromise par un régime dans lequel entrerait une dose « quotidienne de salicylate de soude. »

Dans ses conclusions, le rapporteur demande donc au ministre la prohibition de l'acide salicylique et de ses composés dans les substances alimentaires. Elles ont été adoptées par les membres de la commission ; MM. Ambaud, Bouley, Gallard, etc., etc., et, il faut l'espérer, il sera tenu compte des observations de M. Brouardel, aussi intéressantes d'ailleurs pour l'hygiène publique qu'au point de vue clinique. — C. E.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 5 au 11 octobre 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 967. — Fièvre typhoïde, 43. — Variole, 3. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 28. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 43. — Phthisie pulmonaire, 187. — Autres tuberculoses, 7. — Autres affections générales, 56. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 46. — Bronchites aiguës, 25.— Pneumonie, 47. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 75; au sein et mixte, 36; — inconnues, 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 89; circulatoire, 58; respiratoire, 57; digestif, 47; génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulat. et muscles, 9. — Morts violentes, 41. — Causes non classées, 9.

Résumé de la 41e semaine. — Le nombre des décès signalés pendant la semaine dernière au service de Statistique est de 967. Ce chiffre est supérieur à ceux que nous observions pendant ces derniers temps (937 pendant la semaine précédente) et qui étaient, il est vrai, exceptionnellement faibles.

Cependant la comparaison des chiffres de cette semaine avec ceux de la semaine précédente montre que la fréquence des maladies épidémiques ne s'est guère modifiée.

On remarque une aggravation insignifiante pour la Fièvre typhoïde (43 décès au lieu de 39) et pour la Diphthérie (28 au lieu de 24); une atténuation également peu importante pour la Coqueluche (11 décès au lieu de 19). Les autres maladies épidémiques continuent à être très rares; ce sont la Variole (3 décès au lieu de 4), la Rougeole (6 décès dans chacune des deux semaines), la Scarlatine (1 décès dans chacune des deux semaines), l'Erysipèle (6 décès au lieu de 5), et la Fièvre puerpérale (2 décès dans chacune des deux semaines).

En ce qui concerne la Fièvre typhoïde, on remarquera que le quartier de *La Villette* a fourni à lui seul 5 décès. Les domiciles des cinq décédés étant en des points différents du quartier, on peut croire que ce chiffre est le simple résultat du hasard et qu'il n'y faut pas voir la manifestation d'un foyer épidémique.

Parmi les maladies saisonnières, on remarque l'aggravation de la Bronchite aiguë des jeunes enfants (25 décès au lieu de 19) et de l'Athrepsie (117 décès au lieu de 111 et au lieu de 105 pendant l'avant-dernière semaine). La Pneumonie (47 décès au lieu de 44) et la Méningite (43 décès au lieu de 37) n'ont subi que des variations peu importantes.

Le nombre des mariages signalés au service de Statistique est de 442; ce nombre quoique élevé est encore au-dessous de la vérité parce que la mairie du XIXe arrondissement (qui compte environ 20 mariages par semaine), n'a pas transmis ses notices en temps utile.

Le nombre des mariages à Paris est généralement un peu plus élevé dans la semaine qui précède immédiatement le terme et dans celle qui le suit (ce que montre notamment le diaphragme inséré dans l'*Annuaire Statistique* de la *Ville de Paris* de 1881, p. 210).

La semaine actuelle nous montre un exemple de ce fait, car le nombre hebdomadaire moyen des mariages n'avait été que de 363 pendant le mois de septembre est de 389 pendant le mois d'août.

On a notifié au service de Statistique 1246 naissances (609 garçons et 637 filles), dont 901 légitimes et 345 illégitimes; parmi celles-ci, 60 enfants ont été reconnus immédiatement par l'un des parents au moins.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de notre excellent et distingué confrère le docteur Lorne, chevalier de la Légion d'honneur, officier d'Académie, décédé subitement, en son domicile, rue Bergère, 33, le 14 octobre.

Les obsèques auront lieu le 17 octobre à 10 heures du matin. On se réunira à la maison mortuaire.

La future bibliothèque de l'Ecole de médecine. — Le projet d'ensemble de reconstruction et d'agrandissement de l'Ecole de médecine comprend, comme on sait, la création d'un quartier qui sera exclusivement réservé à la bibliothèque et à des salles d'études pratiques. Dans la nouvelle bibliothèque devraient être réunis, non seulement les ouvrages existant dans la bibliothèque actuelle, reconnue, d'ailleurs, tout à fait insuffisante, mais aussi les collections de toutes les publications connues se rapportant aux choses de la médecine. En outre, il serait question d'établir un registre spécial sur lequel seraient inscrits les noms de tous les médecins exerçant légalement dans les principaux pays du monde.

La réalisation d'un si vaste projet a donné lieu à un travail préparatoire qui révèle des chiffres vraiment intéressants.

Ils résulte de ce travail que le nombre de médecins actuellement répartis sur tous les points du globe s'élève à 193,000, parmi lesquels 11,250 se consacrent uniquement aux hautes études médicales.

Voici comment se décompose, par pays, le nombre de 193,000 médecins que nous indiquons :

On compte actuellement : aux Etats-Unis, 65,000 médecins, en France 26,000, en Allemagne et en Autriche 32,000, dans la Grande-Bretagne et ses colonies 35,000, en Italie 10,000, en Espagne 5,000, etc.

Si l'on peut avoir la prétention de réunir, dans la bibliothèque de l'Ecole de médecine de Paris, tout ce qui a été écrit, jusqu'à ce jour, sur la médecine, cette bibliothèque contiendrait plus de 122,000 volumes, sans compter les simples brochures, les thèses ou mémoires, dont le nombre dépasse 250,000.

Sous le rapport des auteurs ayant traité plus spécialement les questions médicales, les Etats-Unis viennent en première ligne, avec 2,800 auteurs. Viennent ensuite : la France, avec 2,600 auteurs; l'Allemagne et l'Autriche, qui en ont chacune 2,300; la Grande-Bretagne, 2,000, etc.

Pour contenir tous les documents énumérés ci-dessus, il faudrait un local huit fois plus vaste que celui affecté actuellement à la bibliothèque et à ses dépendances.

Hospices civils de Marseille. — *Concours d'élèves en médecine et en chirurgie pour le service des hôpitaux.* — Le lundi 3 décembre 1883, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour 4 places d'élèves internes.

Le lundi 17 décembre, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour huit places d'élèves externes.

Ces deux concours auront lieu devant la commission administrative assistée d'un jury médical.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration des hospices à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence.

Les candidats pour le premier concours auront de plus à justifier du nombre de douze inscriptions et d'un an de service actif dans un hôpital comme externes ou comme stagiaires.

Les élèves nommés entreront en exercice le 1er janvier 1884.

La fin de leur exercice est fixé au 31 décembre 1887 pour les internes, et au 31 décembre 1886, pour les externes.

Les internes seront logés, nourris, éclairés et chauffés dans les hôpitaux.

Ils recevront un traitement de :

La première année, 360 fr.; — la deuxième année, 420 fr.; — la troisième et la quatrième année, 480 fr.

Les élèves externes recevront un traitement de 300 fr. par an.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

BULLETIN

Académie de médecine, 16 octobre. — La précision et l'ingéniosité de M. Marey nous sont connues depuis longtemps. Par ce temps de sévérité scientifique, il ne faut pas oublier que ce maître est un des vétérans de la méthode expérimentale, un des premiers qui aient fait parler aux instruments enregistreurs cette langue merveilleuse qui jette la lumière sur les faits les plus obscurs, qui résout simplement et d'un seul trait des problèmes que le raisonnement sans outils et livré à lui-même n'aurait pas su débrouiller. Une communication de M. Marey ne manque jamais d'intéresser, car elle renferme toujours des faits qui parlent aux yeux et des idées qui s'en déduisent avec rigueur.

M. Warlomont a dû voir, aux applaudissements qui l'ont accueilli, que nous aimons ceux qui nous aiment. Notre savant confrère n'a pas seulement parlé sur la vaccine avec l'autorité que lui donnent ses travaux et notamment son remarquable *Traité* (*Union méd.*, 28 juillet) ; il ne s'est pas contenté d'apporter une contribution nouvelle à l'étude d'une question qui intéresse l'humanité aujourd'hui comme au temps de Jenner, et de réfuter implicitement les ligueurs de tous pays qui, sous le nom d'antivaccinateurs, cherchent à occuper le public et à répandre leurs noms par des brochures, des pétitions et des paradoxes auxquels, pour notre part, nous refusons l'honneur d'une discussion comme nous le refuserions à qui nierait l'action du sulfate de quinine dans la fièvre intermittente. Bien loin d'imiter les étrangers qui, depuis quelques années, se croient tout permis avec la France, M. Warlomont lui a rendu pleine justice et montré sa sympathie en quelques mots ; « C'est d'elle que nous sont venues les

FEUILLETON

Un médecin du temps de l'an 1600

QUELQUES ÉPISODES DE LA VIE DE TURQUET DE MAYERNE (1).

II

Quatre ans après la publication du décret qui le mettait en quarantaine, Théodore Turquet de Mayerne était consulté par un haut personnage de la cour d'Angleterre. C'était en 1607 ; et, bientôt après, ce nouveau client, enthousiaste de son médecin, le faisait venir dans son pays et le présentait à Jacques Ier. Toutefois de Mayerne ne se fixa pas encore en Angleterre ; il revint en France ; mais ce voyage n'en fut pas moins l'origine de sa fortune.

En 1611, l'ambassadeur de Jacques Ier lui remit des lettres patentes scellées du grand sceau du royaume ; il était appelé au poste de premier médecin du roi d'Angleterre. Par une réputation, usurpée peut-être, par ses connaissances en chimie, et surtout par ses succès, il avait donc acquis une position dont son ambition devait être satisfaite. Doit-on pour cela croire que de Mayerne fut un grand médecin ? Ce serait une erreur ; car, ainsi que l'écrivait Astruc, « on trouvera dans l'histoire de la médecine plus d'une « réputation usurpée, plus d'une gloire légère occasionnée par les préjugés des grands. »

(1) Suite et fin. — (Voir le dernier numéro.)

vives lumières qui éclairent aujourd'hui la question des virus. On a pu lui enlever des provinces, on ne lui volera pas cette gloire. »

Cette séance bien remplie s'est terminée par une lecture fort intéressante de M. Blachez sur deux faits de *chorée du larynx*, maladie qui n'est pas, dit l'auteur, absolument nouvelle, mais dont l'histoire repose sur des faits peu nombreux, assez dissemblables et d'une interprétation difficile.

L.-G. R.

Observation d'un cas d'ainhüm indigène.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 26 mai 1883,

Par le docteur Emm. Pineau, de Château-d'Oleron.

Je suis appelé, le 22 août 1882, au village d'Avail, situé sur le bord même d'un petit marais-gât, foyer de paludisme pour tous les environs, pour y voir une petite fille de sept mois atteinte de fièvre intermittente quotidienne. Le premier accès remonte à dix jours : chaque matin, entre 5 heures 1/4 et 5 heures 1/2, me raconte la mère, l'enfant devient glacée et tremble un moment, ses mains et ses lèvres bleuissent, en même temps elle est prise de toux et vomit, si elle vient de quitter le sein ; après ce premier stade, elle devient rouge et brûlante, puis, vers 11 heures, transpire un peu, et tout est fini jusqu'au lendemain.

Je prescris 0,60 de sulfate de quinine, à partager entre quatre jours, en outre du sirop de quinquina additionné de teinture, et je remarquais, à part moi, combien il est rare de voir la fièvre intermittente des enfants se dérouler ainsi avec tous ses stades, quand j'aperçus, sur les mains et les pieds de cette enfant, les stigmates d'une affection que je ne connaissais pas encore, même de nom : l'ainhüm.

Voici la description de ces lésions :

Main droite : les deux premiers doigts sont bien conformés, mais le médius porte, vers le milieu de sa première phalange, un étranglement, en forme de sillon circulaire, qui n'intéresse que les parties molles et est profond de 2 à 3 millimètres ; l'annulaire présente un étranglement analogue au niveau de l'interligne des deux dernières phalanges et la dernière est renflée, globuleuse, l'angle retourné, ce doigt est atrophié dans toutes ses parties ; le petit doigt, enfin, est bien conformé ; mais, comme le précédent, est atrophié dans son ensemble et ne présente guère que la moitié de son volume normal.

Le *pied droit* est normal.

A la *main gauche*, le pouce est volumineux et flasque, sa dernière phalange est rudimentaire et dépourvue d'ongle ; l'index a sa première phalange régulière, mais la

---

Tant il est vrai que le proverbe du poète latin n'a jamais cessé d'être exact : « *Stultitia humana est æterna.* » Naïf serait celui qui s'en étonnerait. N'a-t-il pas toujours existé des Turquets de Mayerne? N'en existe-t-il pas encore « dont la pratique pourrait être « plus utile par le grand nombre des remèdes qu'on y propose, *si on pouvait s'y fier*. Ils « sont, pour la plupart, nouveaux, bizarres, singuliers, et, quoiqu'on en parle d'un ton « de confiance, comme de remèdes excellents, ils sont absolument hors d'usage dans « la pratique. »

Quoi qu'il en soit, de Mayerne avait un poste lucratif, comme le prouve le passage suivant d'une lettre que John Chamberlen écrivait, le 11 août 1612, à Dudley Carleton : « L'élévation de Turquet de Mayerne au premier rang lui suscite de nombreux jaloux; « il reçoit une pension de 400 livres du roi, une autre de même somme sur la cassette « de la reine; la maison du roi pourvoit à ses besoins; enfin, il jouit d'autres avantages « dont la valeur est de 1,400 livres par an (1). »

Parmi les ouvrages de Théodore Turquet de Mayerne, le plus intéressant, et peut-être le moins connu des bibliophiles, est assurément ce recueil de notes manuscrites sur les maladies de ses clients, dont M. le docteur Macdonnel a cité quelques passages. Ce sont les *Ephemerides anglicæ*, manuscrits écrits en latin, dans lesquels le nom du malade est souvent un nom de guerre et celui de la maladie est plus ou moins dissimulé. Il observait donc le secret médical, et, dans ces archives intéressantes à consulter, on se rend compte de la manière de pratiquer du fameux médecin de Jacques I[er].

C'est ainsi que Buckingam, l'un de ses habituels clients, y reçoit le nom de Palamède

(1) Macdonnel (*The Canadian med. and Surg. Journ.*). 1883.

seconde vient se fusionner avec la phalange correspondante du médius et la dernière apparaît sous la forme d'un petit tubercule atrophié sur le côté interne et inférieur du médius, indiquant que, dans ce croisement des deux doigts, le médius a passé par dessus l'index ; à la base de ces deux doigts, ainsi soudés, il existe comme un chas d'aiguille qui reçoit à peine un stylet de trousse ; la première phalange du médius est réduite à une membrane, sans os appréciable, et les deux dernières réunies en un bourgeon séparé en deux par un sillon profond, pas d'ongle ; l'annulaire a été amputé complètement dans l'interligne articulaire de la première avec la seconde phalange. Les parents me racontent, qu'à la naissance, « une cerise » pendait au bout de ce doigt : bourgeon phalangien arrondi, rouge, luisant, pédiculé, qui, à quelques jours de là, se flétrit, devint noir, putrilagineux et se détacha complètement vers le quinzième jour. L'auriculaire est normal.

Pied gauche : au gros orteil, la première phalange existe seule, les deux autres ne sont représentées que par une membrane qui envoie un prolongement vers le premier pli articulaire du second orteil où il se bifurque pour l'entourer en l'étranglant ; un sillon circulaire existe à la base du médius, vers le milieu de sa première phalange ; les deux derniers orteils sont réguliers.

Telle est la description succincte des lésions que porte cette enfant. Rien sur les autres parties du corps.

D'après ce qui précède, le diagnostic ne doit pas hésiter un instant : il s'agit là d'un cas d'ainhüm tel que le décrivent les médecins étrangers et nos collègues de la marine ; car, ainsi qu'il résulte d'une étude que fait de cette affection le docteur Francisque Guyot (*Progrès médical,* 1881, p. 357), cette affection n'aurait été encore rencontrée jusqu'ici que dans les pays chauds et paludéens.

Par beaucoup de points, cette observation se rapproche de celles du docteur F. Guyot : sillons circulaires, phalanges amputées, atrophiées ou soudées, renflements massiformes, consistance adipeuse, phalanges réduites à l'état de noyaux osseux, cicatrices non adhérentes aux os, absence de réaction générale ni locale, évolution congénitale, population restreinte, proximité de la mer, etc... Par quelques autres, elle s'en éloigne, ou, du moins, se rapproche des cas d'exception, par exemple le sexe, puis l'absence « apparente » de tout tissu cicatriciel, la mutilation de trois extrémités sur quatre, l'arrêt du processus à la naissance, au moins jusqu'à présent, car, revue récemment âgée de 15 mois, j'ai trouvé cette enfant forte, bien développée, bien qu'elle n'ait qu'une dent sortie hier à peine ;

---

et que le prince Charles prend celui de Monsieur de la Fleur de Lys ; Rochester y devient le Cardinal joyeux, et sa maladie est modestement qualifiée de « *debilitas.* » Il est vrai que cette dénomination est expliquée par le qualificatif : « *admodum salax* », que Turquet de Mayerne n'hésite pas à donner au célèbre cardinal.

Voici, par exemple, sur la marquise de Buckingam, une note qui aura pour les historiens la valeur d'un document :

« Januarii 24, 1622. Madame la marquise de Buckingam, Annum ætatis agit XIX — « habitus gracilis, corpus *μονογραμμον*. Temperamentum et sanguine biliosum. Faciei « color floridus. Mores compositi. Summa cum gravitate modestia. Vitium conformationis « in spina dorsi. Gravida est et credit longissimum partus terminum fore diem Annun-« tiationis B. V. M. 25 martii. »

En voici d'autres :

« Mylord duc de Lenox : *Diarrhœa liberiori victu. Præparationes missæ ad* Ser Walter « Ralegh *parandæ pro ser. Roger Aston.*

« Madame de Hadmgton : *Affectus hystericus et melancholicus.* »

Parmi ses clients, il comptait le prince de Galles, dont la maladie étonna ses contemporains. De la céphalalgie et un malaise persistant en avaient été les prodromes. D'autres symptômes, l'épistaxis, la diarrhée, le délire caractérisèrent l'invasion de cette affection, analogue à celle qui avait emporté la comtesse d'Oxford. C'était bien la fièvre typhoïde, alors sans doute peu fréquente ou mal décrite, si on en juge par la surprise des médecins. La médication que de Mayerne employa consistait en saignées, en purgatifs et en ventouses appliquées sur la nuque. Au vingt-troisième jour, tout espoir de guérison était perdu. Ce traitement fut l'objet de la critique acerbe de ses confrères, et surtout de

elle parle, marche, n'a point été malade depuis sa fièvre intermittente et s'aide de ses mains et de ses pieds, dont les difformités non seulement ne se sont pas accrues, mais encore sont devenues moins apparentes grâce à un certain effacement des sillons et à un développement notable des extrémités atrophiées. Dans la plupart des observations du docteur Guyot, au contraire, le travail de striction et d'atrophie a continué après la naissance. Enfin, et c'est là le côté vraiment curieux de cette observation, il s'agit d'un *cas indigène* et les docteurs Guyot et Corre (*loc. cit.*, et « La mère et l'enfant dans les races humaines »), qui ont fait de cette affection une étude étendue, n'en citent pas, que je sache, un seul cas qui ne vienne des pays chauds. Seul, à ma connaissance, M. Bar a présenté à la Société anatomique (16 déc. 1881) la main d'un enfant nouveau-né amputé congénitalement de l'index et du médius « par suite, sans doute, d'un processus analogue à celui de l'aïnhum? » Mais, M. Bar ne nous dit pas la nationalité ou les résidences antérieures des parents de cet enfant.

Nous sommes donc peut-être ici en présence du seul cas, je n'ose dire qui se soit produit en France, mais je crois pouvoir avancer, qui y ait été décrit jusqu'ici.

Quelle en peut bien être l'étiologie? La consanguinité, que le docteur Guyot incrimine dans la plupart des cas, ne saurait être invoquée ici, car le père est de l'île de Ré et la mère d'Oleron. Ils sont cultivateurs l'un et l'autre, tous deux jeunes et forts, ils ont deux autres enfants bien conformés, leur hygiène (n'était la proximité du marécage dont j'ai parlé) est passable et les seuls antécédents morbides que j'aie pu relever dans la famille sont l'asthme chez les deux grands parents paternels, et du côté du père aussi des accès d'asthme et une ancienne irido-choroïdite, d'origine arthritique probablement, qui a abouti à la perte complète d'un œil; dirai-je enfin qu'il a eu une forte atteinte de suette miliaire pendant l'épidémie de 1880? Quant à la mère, ni avant, ni pendant sa grossesse, elle n'aurait remarqué de dérangement appréciable dans sa santé. L'état sanitaire du village n'a non plus rien présenté à noter pendant cette période, la gestation ayant duré d'avril 1881 à janvier 1882.

Toute autre cause que l'influence du milieu, endémiquement impaludé, semble donc faire ici défaut.

Il est du reste établi que presque tous les cas recueillis à l'étranger, sinon

---

Butler (de Cambridge), qui l'accusait d'avoir saigné le malade trop hâtivement et de l'avoir purgé.

De Mayerne lui céda donc la place. Mais la grossièreté de Butler ne convenait guère à l'entourage du prince. On le remercia, et le roi lui-même, intervenant auprès de Turquet de Mayerne le sollicita de reprendre la direction du traitement. Il eut la dignité de refuser et de décliner la responsabilité de soigner à nouveau le prince, qui succombait bientôt après, le vingt-huitième jour de la maladie.

Malgré sa haute réputation, de Mayerne n'en imposait pas, paraît-il, à la sotte crédulité et aux préjugés des grands d'Angleterre. Nombreux, en effet, étaient, alors comme aujourd'hui, les donneurs de conseils et de recettes. L'un, sir Raleigh, Walter se faisait l'apôtre de l'élixir cordial de Tower, et la reine elle-même le recommandait, l'ayant, disait-elle, employé avec quelque succès. Cette panacée, disait-il avec une modestie qui n'était pas inférieure à celle des modernes empiriques, devait guérir le jeune Henri de tous les maux, le poison excepté. Et puis, sir Walter Raleigh était, d'après les documents que cite le docteur Macdonel, un fameux thérapeute amateur. John Chamberlen ne raconte-t-il pas de lui, dans une lettre écrite à Dudley Charleton, en 1622. « La comtesse de Budland est morte, il y a dix jours; sir Walter Raleigh est accusé de lui avoir « administré certaines pilules qui hâtèrent sa fin. » On voit par là que, en l'an 1622, le métier de guérisseur était en grande faveur; mais qu'il avait aussi ses ennuis.

Un autre malade célèbre, Jacques Ier, succomba vraisemblablement à la goutte et à une affection chronique des reins. A l'autopsie, on constatait que ces organes étaient atrophiés, tandis que le volume du cœur et du foie était augmenté. La pathogénie de ces altérations morbides échappait aux médecins du temps. Pour Simon J. Ewes,

tous, l'ont été dans des milieux paludéens. Il y a donc, sur ce point, analogie de conditions telluriques, et, faute de mieux, force nous est, je crois, de nous contenter de cette explication, que rend plus vraisemblable encore l'éclosion, en quelque sorte subite, dans une contrée où le paludisme était rare et bénin, antérieurement à l'épidémie de suette miliaire de 1880, de cas de paludisme inaccoutumés, plus aigus, plus graves, plus nombreux; comme si cette épidémie avait eu le triste pouvoir de bouleverser et d'aggraver pour plusieurs années notre constitution médicale.

Tenons-nous-en donc, faute de mieux, à cette explication du paludisme, mais non sans faire remarquer combien une étiologie aussi vague nous contente peu nous-même. Car, si le paludisme en général, et l'ainhüm en particulier, sont le fait de microbes, comme cela tend à prévaloir, d'où donc a pu venir le germe de ce cas unique, sans précédent, qui surgit ainsi tout à coup dans un milieu presque désert, parmi des paysans qui ne sont jamais sortis de leur village?

Est-ce le lieu d'invoquer une « génération spontanée » du germe ainhüm, ou une « hybridation » résultant du concours d'éléments de même famille groupés dans un ensemble de conditions telluriques et atmosphériques fortuit et qui ne se représentera peut-être plus, ou bien, niant tout germe, comme le professeur Peter répondant récemment à M. Pasteur, faut-il admettre, ce qui équivaut à une fin de non-recevoir perpétuelle, « la spontanéité pure et simple des maladies infectieuses? »

Mais je m'arrête, car je n'ai pas qualité même pour effleurer ces hautes questions. Je dois dire pourtant, qu'humble partisan de la doctrine pastorienne, je préfère, dans le cas dont il s'agit, et repoussant toute autre manière de voir, admettre la possibilité d'une *hybridation, d'un métissage*, entre micro-organismes susceptibles de croisements, existant à l'avance en ce lieu même et placés, fût-ce un seul jour et sur ce seul point, dans les conditions spéciales où pût se réaliser cette sorte d'hétérogénie. Autrement dit, l'ainhüm, rare partout, même dans ses pays d'élection, qui n'apparaît jamais en cas nombreux, qui ne semble pas se succéder à lui-même, serait un hybride, probablement infécond, dérivant, dans certaines conditions particulières, des germes paludéens, plutôt qu'une espèce propre.

« le volume du cœur du roi était considérable, et cette exagération avait été pour lui « un obstacle à entreprendre de grandes actions. Son cerveau volumineux prouvait, « disait-il, l'étendue de son jugement; mais son sang, *tout imprégné de mélancolie*, « avait, par sa corruption, causé la mort. » Étrange procès-verbal d'autopsie!

Pendant cette maladie, on eut recours aux recettes empiriques de la famille des Buckingham. Malgré l'intervention des médecins, le duc de Buckingham administra une potion fébrifuge au malade; l'état du roi s'aggrava et la mort survint. Cette potion contenait du quinquina. Or, cette substance fut mise en cause. Ce fait a la valeur d'un document dont la portée, comme le remarque M. Macdonnel, est bien plus grande pour l'histoire de la médecine que l'événement lui-même par ses conséquences politiques.

De Mayerne conserva à la cour de Charles Ier la charge de médecin du roi, qu'il remplissait auprès de Jacques Ier. Il mourut, en 1655, à Chelsea, laissant une fortune considérable. Les Universités de Cambridge et d'Oxford s'étaient fait un honneur de l'agréger parmi leurs membres.

Considéré comme un charlatan sur les rives de la Seine, il passait pour une illustration médicale sur les bords de la Tamise. Juger un médecin d'après l'opinion publique c'est donc s'exposer à confirmer une fois de plus la vérité du proverbe : « Vérité en deçà, erreur au delà. » La largeur du détroit qui sépare la France de l'Angleterre a donc été la mesure de cette renommée. Tout excessif et tout passionné qu'il pouvait être, le verdict de la Faculté de Paris n'était peut-être pas dénué de toute équité. Aussi, entre le zèle admiratif des uns et l'implacable sévérité des autres, Théodore Turquet de Mayerne attend encore une impartiale biographie de sa vie médicale. — C. L. D.

Diagnostic des bruits organiques et inorganiques du cœur,

Lecture faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 27 mai 1883 (1),

Par le docteur P. Duroziez,

ancien chef de clinique de la Faculté.

Rolland, 22 ans, fille de salle dans un restaurant, née à Martézuy (Indre), entre, le 25 mai 1877, salle Sainte-Marie, 4 (Hôtel-Dieu).

Etant enfant, elle était bien portante et courait bien. Même étant jeune, elle avait des migraines tous les huit jours. Réglée à 11 ans, toujours bien. A Paris, depuis quatre ans. A 20 ans, elle a un enfant bien portant. La grossesse et la couche ont été bonnes. Voix enrouée depuis un an; picotements dans la gorge, toux. Pas de douleurs dans les épaules. Elle faisait son service très facilement. — Jamais elle n'avait gardé le lit jusqu'il y a un mois. Elle a été soignée dans la même salle de l'Hôtel-Dieu où nous la voyons; elle y est restée quinze jours pour une angine avec fièvre. Sortie bien portante, elle est prise de palpitations, de toux et de fièvre, d'hémoptysie, pour la première fois. Elle a toujours eu le cou un peu gros. Névralgies dentaires fréquentes, tantôt à gauche, tantôt à droite. De tout temps très nerveuse, elle a eu ici des attaques d'hystérie avec perte de connaissance. Jamais elle n'a eu les jambes enflées.

Le 6 juin, battements avec submatité au niveau du deuxième espace gauche en dehors, bruits rudes à ce niveau; battement de l'aorte dans le creux sus-sternal.

7 juin. P. 72, régulier, assez développé. Resp. 52. On sent des battements assez forts, surtout à gauche, en dehors, dans les deuxième, troisième, quatrième espaces. Frémissement net, modéré au niveau du deuxième espace. Les deux carotides battent également. La crurale droite bat moins fort que la gauche. Peu de son sous le sternum. Les poumons sont repoussés, le droit à droite, le gauche en haut. Submatité au niveau du deuxième espace gauche. En arrière, au sommet gauche, résonnance normale, mais douleur à la percussion. Bruit rude, râpeux à gauche en haut, au niveau du deuxième espace, au premier temps; bruit également rude au deuxième temps. Dans le creux sus-sternal, bruit de même nature. A gauche, vers la pointe, bruit rude; le premier claquement se dégage mal. En arrière, je n'entends pas de souffle. La respiration est forte en haut, normale en bas. Névralgie de la tête, à gauche.

13 juin. P. 72, régulier. Resp. 46. Le pouls radial droit est aussi développé que le gauche, mais il faut chercher la branche radiale externe en dehors du poignet. La malade se plaint d'étouffer. Elle crache du sang. On sent des battements dans le deuxième espace, un peu en dehors du sternum sur le trajet de l'artère pulmonaire. On entend bien le premier claquement à gauche et à droite. Souffle rude le long de l'artère pulmonaire surtout. Sensibilité très grande à gauche, à la percussion. Respiration normale. Pas de râles. Pas de bruits chlorotiques.

15 juin. P. 64, pas très régulier. R. 36. Parfois une pulsation se rapproche de la précédente. Sommeil assez bon depuis deux ou trois nuits. Céphalalgie toujours à gauche. Appétit assez bon depuis qu'elle n'a plus son étouffement si fort. Elle parle d'une boule remontant de l'épigastre au cou avec vomissements qui la soulagent; elle n'a pas vomi depuis avant-hier au soir. Toujours des battements de cœur. Hier elle a craché du sang pur plus que les autres jours. Respiration très fortement saccadée sur toute la surface de la poitrine en avant et en arrière, sans râles. Pas d'œdème. Etendue sur le dos, calme. Teinte jaunâtre, un peu violacée; joues et lèvres violacées. Quelques battements au cou, non violents, mais nets. Pas de battements apparents des carotides. Pouls radial peu développé. P. brachial, dicrote en avant, assez développé. P. carotidien peu développé; du moins je ne sens pas d'impulsion. Pas d'impulsion de la sous-clavière. On sent l'aorte dans le creux sus-sternal. Battement du cœur assez fort. Premier claquement assez net à droite, très effacé à gauche. Deuxième claquement très fort à droite, nul au niveau du cou. Bruit rude, ronflant, fort, au niveau du premier espace gauche, un peu en dehors, au niveau de l'artère pulmonaire; ce bruit rude se propage le long du bord gauche du cœur. On sent des battements forts à gauche, dans le deuxième espace, qui coïncident avec le battement de la pointe. *Au deuxième temps à gauche, bruit ronflant de rétrécissement mitral. A droite, le long du sternum, souffle d'insuffisance aortique.* Bon appétit. Bruits chlorotiques. Au-dessous de la clavicule gauche, les bruits pulmonaires et artériels donnent naissance à un rhythme très compliqué.

16 juin. P. un peu variable, parfois à 52, parfois à 64, peu vibrant. R. 36. Elle a craché encore un peu de sang. Elle s'est levée un peu. Elle étouffe toujours. Bon

(1) Suite. — Voir le numéro du 16 octobre.

appétit. Peu de sommeil. Impulsion toujours assez forte à gauche, en dehors, au niveau des deuxième et troisième espaces. Peu d'impulsion dans le creux épigastrique, peu à la pointe, plutôt en haut, au niveau de l'oreillette et de la base du ventricule. Le premier claquement ne s'entend pas à gauche. Second claquement fort à gauche, nul au cou. *Les bruits anormaux du deuxième temps sont beaucoup moins nets qu'hier.* Le bruit rude du premier temps est toujours très fort sur une assez grande surface, peu intense au cou, tandis qu'il est très fort dans le premier espace gauche, près du sternum, s'entendant dans les deuxième et troisième espaces en tirant vers la gauche, plus fort vers la clavicule qu'à la pointe ou dans l'aisselle. Au deuxième temps, on entend un peu de souffle en haut, mais bien moins net qu'hier. En arrière, pas de claquement, pas de souffle cardiaque. Douleur au sommet gauche. Respiration nettement saccadée. Craquements, surtout au sommet droit. Respiration irrégulière, bruit un peu diffus. En avant, pas de résonnance pulmonaire exagérée, peut-être un peu diminuée, ayant ses limites à peu près normales. Le cœur n'est pas gros, bien qu'on sente des battements en dehors; il ne descend pas bas, plutôt en dehors. Au cou, pas de battements notables. Yeux un peu cyanosés, un peu les joues et les lèvres. Le creux sus-sternal est effacé; ligne courbe des clavicules douce.

18 juin. R. 33. P. 64, régulier, peu développé, calme. Premier claquement peu net à gauche et à droite. Deuxième claquement fort, dédoublé (les deux parties très rapprochées). A gauche, rudesse, pas de souffle en jet de vapeur au premier temps; peu de chose au deuxième temps. A gauche, premier espace, contre le sternum, souffle rude au premier temps descendant le long du sternum. Pas de souffle au deuxième temps. Le premier claquement s'entend mieux à droite qu'à gauche, passablement à gauche, mais toujours un peu sourd, étouffé. Bruit rude prolongé à gauche au premier temps. Bruits chlorotiques forts au cou, à gauche. Bruit anormal sur toute la surface du cœur. Toujours des battements forts le long du bord gauche du cœur, faibles en bas, à droite. Le cœur mesure 9 sur 13 ou 14. Bon sommeil. Bon appétit. Un peu d'essoufflement en montant. Encore du sang dans les crachats. Ne souffre nulle part. Pas d'attaque depuis huit jours. Perte de connaissance complète; elle n'entendait personne autour d'elle un quart d'heure; cris; pas de mouvements. Rien en arrière; pas de souffle. Coloration bonne.

19 juin. R. 34. P. 72, un peu irrégulier, sans intermittences. Bruits musicaux au cou, surtout à gauche, très peu à droite. Au niveau du premier espace contre le sternum avec son maximum, souffle ronflant au premier temps avec deuxième claquement modifié. Le bruit ronflant existe sur toute la surface du cœur. Au deuxième temps, je n'entends plus le souffle. *A gauche, souffle un peu ronflant au deuxième temps.* Le premier claquement s'entend combiné avec le ronflement. Peu de battements au cou. Toujours impulsion assez forte dans les deuxième et troisième espaces gauches, un peu en dehors. On n'entend ni souffle ni claquement en arrière. Respiration pure, toujours saccadée. Peu de résonnance au niveau du deuxième espace gauche; bonne au niveau du premier espace gauche et des espaces droits. La pointe bat dans le quatrième espace, non en dehors. Le battement se transmet à gauche. Pas d'hémoptysie depuis hier. Elle ne sent plus battre son cœur comme elle le faisait. Appétit bon. Pas d'étouffement. Elle se lève. Le cœur est plutôt petit que gros. Le deuxième claquement s'entend net à la pointe. Le premier claquement se dégage bien à gauche, surtout en n'appliquant pas l'oreille contre la poitrine. Coloration de la peau bonne. Bruits chlorotiques évidents. *Ce matin les lésions valvulaires sont très douteuses.*

20 juin. R. 40. P. 72, un peu irrégulier, sans intermittences. Pas d'étouffement. Elle a craché un peu de sang. Pas d'accidents nerveux. Le poumon droit est refoulé à droite, ne s'avance pas derrière le sternum. Le poumon gauche est rejeté en haut, laissant le cœur complètement à découvert. On sent les battements du cœur surtout à gauche. La matité n'est augmentée ni à gauche, ni en bas; le deuxième espace gauche donne un peu de résonnance. Le premier claquement s'entend à gauche et à droite, diminué. Le deuxième claquement est fort, simple. Au premier temps, bruit rude, assez prolongé, sur toute la surface du cœur, prenant la forme râpeuse, devenant très fort au niveau des deuxième et premier espaces gauches. *Au deuxième temps je trouve un peu de bruit anormal,* mais quand je veux en faire un bruit diastolique de rétrécissement, je ne puis; le bruit n'est pas assez roulant. En haut le deuxième claquement est modifié, mais non soufflant. Bruits musicaux au cou, à gauche et à droite. Même inspiration saccadée, très nettement, pas également pour toutes les respirations.

22 juin. Mal à la gorge depuis hier matin. Amygdale gauche grosse. P. 84, vibrant. R. 32. Les signes stéthoscopiques ont de nouveau changé sous l'influence de cette excitation. *Le souffle du deuxième temps d'insuffisance aortique a reparu. Le bruit du deuxième*

temps, mitral, à forme roulante, a reparu. On entend mal le premier claquement dans l'aisselle gauche. Au niveau du troisième espace gauche, en dehors, à l'endroit où on placerait l'oreillette gauche, on sent l'impulsion plus forte que jamais. La pointe bat peu, ne se détache pas bien. Au-dessous de la clavicule gauche le souffle est toujours très fort. Vers le troisième espace gauche, un peu en dehors, il est plus râpeux, plus roulant. En arrière, quand on fait suspendre la respiration, on n'entend que le bruit rude sans claquement. Inspiration saccadée. Pas de râles sous-crépitants en bas.

23 juin. P. 72. R. 36. Elle se plaint quand on appuie la tête sur la région précordiale, surtout en haut. Quelques irrégularités en auscultant le cœur, que je n'ai pas trouvées en comptant le pouls. Même impulsion à gauche. *Même bruit rude à forme présystolique suivi d'un bruit sourd non absolument grondant.* A gauche on entend mal le premier claquement. Le deuxième claquement se détache net et pur. En haut souffle au premier temps. *Contre le sternum en haut, souffle doux au deuxième temps,* diminuant plus bas. Souffle toujours très limité dans le premier espace gauche, tant soit peu en dehors du sternum, suivi d'un deuxième claquement éclatant. Au cou, souffle à double courant, surtout à droite. On n'entend pas bien le deuxième claquement. Les bruits chlorotiques ne sont pas douteux.

25 juin. P. 100, régulier. R. 36. Pas de crachats sanglants. Elle se trouve un peu mieux. Peu de mal de gorge. Le maximum du bruit se trouve toujours dans le premier espace gauche, près du sternum, immédiatement au-dessous du point où on entend le plus fortement les bruits chlorotiques beaucoup moins forts à droite. A ce niveau, la respiration saccadée est très accentuée et se mêle aux bruits vasculaires (souffle rude au premier temps, bruit un peu rude non soufflant au deuxième temps). Au cou, le bruit est musical, continu, avec renforcement peu marqué. Au niveau du premier espace, le rhythme change. Souffle rude au premier temps, deuxième claquement net ou à peu près. Je n'entends pas de souffle au deuxième temps. A gauche, souffle léger au premier temps en même temps que le premier claquement est net dans l'aisselle gauche. Le deuxième claquement est fort, parcheminé. Le cœur ne s'avance pas à gauche. Les poumons résonnent dans leur étendue normale, peut-être un peu faiblement sur leurs bords. Toujours des battements notables au niveau du troisième espace gauche, un peu en dehors. La malade étant couchée sur le côté droit, on entend dans l'aisselle le premier claquement net, malgré le souffle plus ou moins ronflant qui s'y mêle. La résonnance stomacale apparaît à un moment et donne beaucoup de résonnance autour du cœur dont la matité disparaît presque complètement. En arrière, la respiration est pure et complète. Quand la malade la suspend, on entend les claquements au niveau des épaules.

A suivre.

JOURNAL DES JOURNAUX

Note sur un cas de cysticerque du sein, par le docteur Guermonprez, de Lille. — Sous ce titre, M. Guermonprez publie, dans le *Lyon médical* du 16 septembre, un fait intéressant à cause de sa rareté. Nous reproduisons les principaux passages de cette note.

Dans sa thèse d'agrégation (*Des tumeurs kystiques de la mamelle,* Paris, 1878), M. L.-G. Richelot a distingué des kystes glandulaires, ceux qu'il nomme indépendants, c'est-à-dire ceux qui se développent soit au pourtour, soit dans l'épaisseur de la glande, mais qui naissent dans la mamelle au même titre que partout ailleurs. « L'espèce en est rare, écrit cet auteur, et nous en connaissons peu d'exemples certains. » C'est un motif pour ne pas laisser tomber dans l'oubli le fait que nous allons rapporter.

Il semble que personne n'ait encore signalé les cysticerques du sein. En attendant qu'un chercheur plus heureux découvre un cas analogue au nôtre, nous publions le fait isolé que nous avons observé, laissant à d'autres le soin de combler les lacunes que les circonstances ne nous ont pas permis d'éviter.

Il s'agit d'une femme de 29 ans, qui portait une tumeur fluctuante à la partie supéro-interne du sein gauche. Pendant une poussée inflammatoire, une ponction fut faite à l'aide du bistouri dans la partie centrale et donna issue à trois éléments divers : d'abord une sérosité louche assez copieuse, puis un kyste que nous allons décrire, enfin une quantité relativement considérable de pus. L'opération fut faite le 25 mars, et, après une suppuration assez abondante, tout fut terminé vers la fin du mois d'avril.

Description du cysticerque. — Le kyste est pourvu d'une seule paroi tellement mince, que la poche s'étale pour ainsi dire dans le creux de la main, sur une table, comme le

ferait une vessie bien mouillée et incomplètement remplie de liquide. Ainsi étalé, le kyste forme une sorte de disque dont le diamètre est de 4 centimètres. Son volume a été apprécié par l'artifice suivant : on le place dans un verre à expérience rempli jusqu'à une hauteur dont il est tenu note. Le kyste est alors retiré du verre, et de l'eau est versée jusqu'à la hauteur marquée au moyen d'une burette graduée : le volume ainsi trouvé est de 6 centimètres cubes.

La couleur de la poche et de son contenu est d'un jaune verdâtre. Sa surface, généralement opalescente, porte en un point une seule tache d'un blanc laiteux, avec des bords diffus qui se confondent peu à peu avec le reste de la masse.

Cette partie, examinée à la loupe, permet de reconnaître un organe vermiforme dont les diverses parties sont plus ou moins engaînées les unes dans les autres. Le déplissement et l'étalement en sont obtenus, soit à l'aide de pressions méthodiques, soit au moyen des aiguilles à dissection.

Examinée au microscope, il est facile d'y reconnaître tous les caractères du scolex des tœniadés de la sous-famille des cestoïdes.

Cette tête sphéroïdale est presque rendue tétragone par la saillie de quatre suçoirs musculeux (oscules, ventouses, etc.) de forme parfaitement circulaire. Au sommet, entre les quatre suçoirs, se trouve une sorte de proboscide peu saillante et, à la base de cette proboscide, une série de crochets disposés radialement en couronne. Malheureusement, les manipulations que nous avons fait subir à la pièce ont trop altéré celle-ci pour qu'il soit encore possible de distinguer si les crochets sont disposés sur un ou deux rangs, et encore moins pour qu'il soit possible d'en faire le dénombrement. Dans le cou se voient des éléments sphéroïdaux de volume variable, distribués sans régularité apparente.

Nous dirions volontiers que la configuration de ce scolex est autant celle du cysticercus pisiformis, si commun à Lille dans les lapins, que celle du c. cellulosœ. Nous pourrions ajouter que son volume nous a paru beaucoup mieux rappeler le volume du cysticerque du porc, et qu'il est plus gros que le scolex du pisiforme. Mais ce sont là des éléments insuffisants pour juger la question.

Il ne paraît pas, d'ailleurs, qu'on ait décrit le cysticercus cellulosœ avec le volume de 6 centimètres cubes, ni aucun autre cysticerque de l'homme.

Si une nouvelle observation se présentait, il serait indiqué de confier la pièce encore fraîche à un naturaliste, qui aurait pour mission de placer l'animal dans les conditions nécessaires pour lui faire subir la dernière métamorphose, et de le faire passer de son âge larvaire de cysticerque à l'âge adulte et sexué de tœnia.

De cette observation résulte le seul fait de l'existence du cysticerque dans le sein de notre malade.

Dans un cas de ce genre, le diagnostic est naturellement fort difficile, ou même impossible. Nous avons dit que nos recherches bibliographiques, sans avoir la prétention d'être complètes, étaient demeurées sans résultat. Faut-il conclure à l'absence de tout fait analogue ? Nous ne le croyons pas. Parmi les tumeurs kystiques renfermant un liquide séreux, il doit s'en trouver plus d'une dont la description impose quelques réserves ; et, parmi les rares exemples de kystes hydatiques, qu'on a dit être les seuls kystes parasitaires rencontrés dans la glande mammaire de la femme, nous pensons que plusieurs pourraient bien se rapporter à de véritables cysticerques, non pas à ceux de la cellulosité dont nous avons donné la description ailleurs (*La ladrerie de l'homme*, Paris, 1883), mais plutôt à des cysticerques volumineux, hydropiques peut-être, comme celui dont nous venons de présenter la description.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 octobre 1883. — Présidence de M. Hardy.

La correspondance non officielle comprend : 1° une lettre de M. Billod, membre correspondant, dans laquelle il fait observer que l'attentat récemment commis par un aliéné sur la personne de M. Jules Rochard ajoute un argument de plus à ceux qu'il a fait valoir dans sa communication sur le danger que certains aliénés font courir à la société. (Renvoyé à la commission chargée de la loi sur les aliénés.)

2° M. le docteur Marty, pharmacien en chef de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains, adresse une étude sur la crémation. (Com. MM. Brouardel et Lagneau.)

M. Marey lit un rapport sur un cas d'ectopie du cœur observé sur une femme présentée à l'Académie par M. Tarnier. Voici le résumé de ce travail : Cette femme présente, au point de vue anatomique, une bifidité congénitale du sternum et du diaphragme avec éventration et hernie congénitale. La perte de substance du sternum permet de voir sous la peau les ventricules dont le grand axe est presque vertical; ces ventricules sont peu volumineux, c'est le droit qui est accessible à la vue; la flaccidité de la peau permet de saisir dans la main la masse ventriculaire, et, à travers l'éventration, de comprimer l'aorte.

L'auscultation fait entendre un souffle systolique paraissant correspondre à un rétrécissement de l'origine de l'aorte; du reste, la fonction du cœur paraît s'exécuter normalement. La seule inspection des mouvements dn cœur pourrait faire croire que c'est la brusque diastole des ventricules qui cause les battements de cet organe, mais l'application du doigt sur le ventricule fait cesser cette illusion et montre bien que la pulsation du cœur a lieu pendant la systole ventriculaire. L'inscription des pulsations du cœur montre que les deux ventricules sont synchrones dans leur action, même lorsqu'on provoque des irrégularités de leur rhythme; que la pulsation coïncide avec la diminution de volume des ventricules et par conséquent avec la phase de systole des ventricules.

En répétant sur cette femme certaines expériences, on constate que tout se passe chez elle comme chez les mammifères supérieurs soumis aux vivisections. Ainsi les obstacles apportés à la circulation générale ou à la circulation pulmonaire retentissent de la même façon sur la pulsation du cœur dont ils modifient les caractères; le pouls trachéal est positif, comme cela s'observe chez un animal dont on a ouvert le péricarde.

Ces différentes observations suffisent à démontrer, s'il pouvait encore y avoir des doutes à cet égard, que les résultats des expériences physiologiques faites sur les grands mammifères sont entièrement transportables à la connaissance du mécanisme de la circulation humaine.

—

M. Constantin Paul, au nom de la commission des eaux minérales, lit le rapport sur le service des eaux minérales pour l'année 1881.

—

M. Warlomont (de Bruxelles) lit un travail sur les origines de la vaccine. Les conclusions générales de ce travail sont les suivantes :

1° Ni les équidés, ni les bovidés, ni vraisemblablement d'autres animaux, ne peuvent être considérés comme vaccinogènes.

Ni le cheval ni le bœuf ne créent de toutes pièces, l'un le horse-pox, l'autre le cow-pox; l'un et l'autre doivent, pour fournir une récolte de matière vaccinale, en avoir reçu préalablement la semence.

2° La semence originelle du vaccin, dans ses rapports avec le cheval et le bœuf, n'est pas autre chose que la variole; admise dans l'organisme de ces animaux, celle-ci y subit une atténuation d'où résulte ce que l'on est convenu d'appeler vaccin.

3° Cette atténuation est moindre chez le cheval que chez le bœuf; le horse-pox s'éloigne donc moins de la variole que le cow-pox.

4° Le cheval est un mauvais terrain pour la culture du vaccin. La vaccination animale réclame des germes atténués à un plus haut degré que ceux que peut procurer l'organisme du cheval.

5° L'imprégnation variolique ou vaccinale artificielle chez le cheval, par voie d'inoculation ou d'injection intra-cutanée, semble pouvoir se produire, comme chez la vache, sans que rien se manifeste au dehors. L'immunité doit pouvoir être la conséquence de cette imprégnation.

« Peut-être, dit en terminant M. Warlomont, M. Chauveau, s'il voulait bien tenter avec la variole ce qu'il a fait avec succès au moyen du vaccin, serait-il plus heureux? Personne plus que nous ne s'en applaudirait.

Nous ne devons pas oublier que c'est de la France que nous sont venues les vives lumières qui éclairent aujourd'hui la question des virus. On a pu lui enlever des provinces, on ne lui enlèvera pas cette gloire. » (Applaudissements.)

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. H. Roger, E. Besnier et Bouley, rapporteur.

—

M. Blachez, candidat pour la section de thérapeutique, lit un travail intitulé : *La chorée du larynx*.

Des recherches auxquelles M. Blachez s'est livré sur ce sujet, il résulte que la chorée

du larynx serait au moins très rare, des médecins d'enfants n'ayant pu en observer aucun cas dans toute leur carrière. En revanche, on rencontre assez souvent, chez les femmes hystériques, des phénomènes tout à fait analogues, mais qui se manifestent dans un ensemble morbide tout différent.

M. Blachez l'a observée deux fois chez les enfants. L'auteur résume ainsi sa première observation :

Enfant lymphatique, né de mère arthritique, pris au commencement de janvier d'une laryngite légère avec toux spasmodique, qui présente au bout de quelques jours des caractères tout particuliers. Aucun phénomène choréique n'apparaît dans les membres; tous les mouvements sont réguliers. Les diverses médications : bromure de potassium, valériane, belladone, etc., échouent complètement; le chloral seul donne un résultat décisif et rapide. Deux accès fébriles très intenses signalent la fin de la maladie.

Le second enfant, lympho-anémique, est pris, dans le cours d'une bronchite légère, d'accès caractérisés par un cri grave, éclatant, tout à fait comparable au bêlement d'une chèvre mécanique. Ce cri revient huit ou dix fois en quelques minutes, toujours identique; les crises se renouvellent plusieurs fois dans la journée; elles ne se produisent jamais pendant le sommeil, qui est excellent.

L'enfant est nerveux, toujours agité, très loquace, mais il n'a pas de vrais mouvements choréiques; sa santé générale est d'ailleurs parfaite. Le bromure de potassium à la dose de 1 à 2 grammes réussit à faire cesser complètement les crises.

Il paraît donc à M. Blachez que deux agents : le bromure de potassium et le chloral, sont particulièrement recommandables dans la chorée laryngée.

Pour admettre la nature choréique des accidents, M. Blachez s'est fondé sur les antécédents arthritiques héréditaires des deux enfants, nés de parents arthritiques; sur l'absence de phénomènes nerveux multiples et variés, des troubles de la sensibilité qu'on observe chez les névropathes; sur l'intégrité des fonctions psychiques; sur la suspension absolue des accidents pendant le sommeil, qui, chez tous deux, resta calme et réparateur.

Ce travail est renvoyé à la section de thérapeutique, constituée en commission d'élections.

— La séance est levée à cinq heures.

COURRIER

Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant l'analyse faite par M. Jouile, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

LA CRÉMATION. — Nous avons annoncé par erreur que le Conseil général du Puy-de-Dôme avait adopté un vœu de M. le docteur Blatin en faveur de la crémation. Il n'en est rien. A la fin de la dernière session, plusieurs membres ont échangé leurs vues sur ce point, et ils ont décidé que le rapport ne serait fait et lu qu'à la session d'avril prochain. C'est seulement à cette époque que l'Assemblée départementale du Puy-de-Dôme adoptera ou rejettera le vœu de M. le docteur Blatin. S'il est adopté, ce qui n'est pas certain, ce ne sera pas, paraît-il, sans de sérieuses modifications.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'Ecole pratique, 2, rue Vauquelin, au bureau du chef du matériel, de midi à quatre heures. Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 22 octobre 1883.

Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du lundi 5 novembre, tous les jours, de midi à quatre heures. Les prosecteurs, chefs de pavillon et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne, à une heure précise, dans chaque pavillon.

Les étudiants d'anatomie ne prennent pas part aux travaux anatomiques. Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de deuxième et de troisième année : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont dis-

séqué pendant deux semestres d'hiver complets. Les exercices de dissection sont facultatifs pour les autres étudiants et les docteurs. S'ils désirent prendre part aux travaux pratiques d'anatomie, ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en séries sera faite dans l'ordre suivant : 1° élèves obligés (deuxième et troisième année); 2° élèves non obligés et docteurs.

Nul ne peut être admis à l'Ecole pratique d'anatomie s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef du matériel et s'il n'a reçu une carte d'entrée. Ce bureau, 2, rue Vauquelin, sera ouvert tous les jours, de midi à quatre heures, jusqu'au 17 novembre. Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter : 1° sa feuille d'inscription mise à jour par le secrétariat de la Faculté; 2° la quittance constatant le paiement des droits. Passé le 17 novembre, nul ne pourra être admis à l'Ecole pratique d'anatomie.

Démonstrations opératoires. — M. le docteur Routier, prosecteur, assisté des aides d'anatomie, fera, à partir du samedi 20 octobre 1883, à l'Ecole pratique et sous la direction de M. Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices opératoires.

Ce cours, qui ne pourra comprendre plus de douze séries d'élèves, est spécialement destiné aux étudiants que les circonstances obligent à passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire. MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours devront se présenter le plus tôt possible à l'Ecole pratique, de une heure à quatre heures, au bureau du chef du matériel, qui leur donnera les renseignements nécessaires relativement au paiement des droits réglementaires, etc.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Allaire, qui était encore plein de santé il y a une quinzaine de jours à peine et qui vient de succomber à une attaque d'apoplexie. M. Allaire, médecin de l'état civil du V[e] arrondissement et l'un des praticiens les plus occupés de ce quartier, ne comptait que des amis parmi ses confrères.

Administration générale de l'Assistance publique a Paris. — *École municipale d'infirmières de la Salpêtrière.* — L'Ecole municipale d'infirmières a ouvert ses cours professionnels le mardi 16 octobre, à 8 heures du soir.

L'enseignement comprend les cours suivants :

Cours d'administration, M. Le Bas. — Eléments d'anatomie, M. le docteur Duret. — Eléments de physiologie, M. le docteur P. Regnard. — Pansements, M. le docteur Poirier. — Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, M. le docteur Budin. — Hygiène, M. le docteur A. Blondeau. — Petite pharmacie, M. Yvon.

Les dames qui veulent suivre les cours professionnels de l'Ecole de la Salpêtrière doivent se faire inscrire à l'hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, bureau de la direction, de 8 heures du matin à midi.

Un poison pour les rats. — On écrit de Nomain (Nord) que la menthe sauvage que l'on voit souvent dans les fossés bordant les routes nationales est un vrai poison pour les rats.

Pendant déjà trois années, dit l'auteur de la correspondance, il a réussi à se débarrasser de ces hôtes incommodes et malfaisants, qui détruisent tout dans les fermes, en déposant des tiges de menthe dans les meules de foin, de blé ou d'avoine.

Cours complet d'accouchements pour les élèves sages-femmes. — M. le docteur Verrier, préparateur des cours d'accouchements à la Faculté de médecine, recommencera son cours pour les élèves sages-femmes, le jeudi 18 octobre prochain, à deux heures, à son amphithéâtre, 129, rue Saint-Honoré.

Les leçons auront lieu tous les jours.

1[re] Série : lundis, mercredis, vendredis.

2[e] Série : mardis, jeudis, samedis.

Durée du cours 5 mois. — Prix : 20 francs par mois, payables d'avance.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

De l'utilité de la vivisection.

Un mouvement antivivisectionniste très net se dessine depuis quelques mois à Paris, et c'est à juste titre que les physiologistes s'en sont émus. L'idée de s'opposer aux vivisections n'est pas nouvelle, et la ligue formée dans ce but compte en Angleterre et en Allemagne de nombreux et zélés partisans. Le parlement anglais, cédant à leurs sollicitations, a même promulgué un décret proscrivant la vivisection, et c'est à la suite de cet arrêt qu'un éminent physiologiste anglais est venu demander l'hospitalité à nos laboratoires. En France, jusqu'à ce jour, les antivivisectionnistes (1) n'existaient pour ainsi qu'à l'état latent, et ne faisaient parler d'eux qu'à de rares intervalles. Il y a deux ans, M. Aurélien Scholl avait bien écrit quelques articles aussi spirituels que paradoxaux contre MM. « les charcutiers » étudiants; mais, après une polémique assez vive échangée entre lui et M. Laborde, le calme s'était rétabli, et les travaux pratiques de physiologie contre lesquels étaient dirigés les articles de M. Scholl, n'en avaient pas moins continué. Depuis, on avait vu intenter un procès à M. Paul Bert dont les chiens troublaient le repos d'un voisin grincheux ou sentimental; au mois de juin dernier, en plein cours du Collège de France, une vieille fille frappait d'un coup d'ombrelle M. Brown-Séquard, expérimentant sur un singe. Cependant, quoiqu'il n'y ait eu que des faits isolés, l'idée avait fait du chemin (2), et il se créait à Paris une ligue contre les abus de la vivisection. Cette ligue, qui a pour président M. Clovis Hugues, député de Marseille, et compte environ cinquante membres actifs, a tenu sa première conférence au théâtre des Nations il y a peu de temps. Ses

(1) On dit vivisecteur. Antivivisecteur ne serait-il pas d'un français plus correct?

(2) Henri Serre. *Bismark et la vivisection.* — *La vivisection.* Dentu, 1882. — Anna Kingsford. *De l'inutilité de la vivisection.* Lausanne, 1883.

FEUILLETON

CAUSERIES

Un prétendu manuscrit original de la Bible. — Ce qu'on peut faire dans une ville d'eaux quand on s'ennuie.

Un de nos bons amis, qui voit et lit beaucoup, et qui, pour pouvoir retenir et donner ainsi raison au proverbe, a la manie de noter tout ce qui lui paraît intéressant et même de l'écrire quelquefois en bon français, vient de nous envoyer plusieurs de ses notes en nous priant de les loger dans notre rez-de-chaussée, si nous les en jugions dignes.

Cette manie (c'est notre ami qui a ainsi nommé cette douce habitude) est trop recommandable pour que nous ne l'encouragions pas de toutes nos forces. Si tous ceux qui lisent et voient des choses intéressantes avaient la volonté (ou le temps!) de mettre en note les réflexions sensées (je ne parle, bien entendu, que de celles-là) qui leur viennent sur le moment, puis de les publier, je crois que la vulgarisation des bons livres et des bonnes actions de tout genre y gagnerait beaucoup. Je ne veux pas dire par là que les notes qui nous ont été transmises par notre ami soient sérieuses, mais ce que je viens de dire peut s'appliquer bien mieux encore aux choses sérieuses qu'à celles qu'on doit s'attendre à trouver dans un feuilleton.

*
* *

apôtres, recrutés dans les deux sexes, ont essayé de prouver que les expériences de laboratoire étaient inutiles, et, au lieu de nous montrer où finissait le droit et où commençait l'abus dans la vivisection, ils ont négligé ce point, assurément fort délicat, pour diriger leurs attaques contre la méthode elle-même. Opposer les noms de Mme Maria Deraisme, de MM. Lamquet et de Langle-Beaumanoir à ceux des Magendie, des Flourens, des Longet et des Cl. Bernard, illustre phalange de physiologistes, dont les immortels travaux font la gloire d'un pays et d'un siècle; c'est montrer la distance qui les sépare de ceux qui se permettent de réprouver leur méthode, de blâmer leurs expériences, de faire table rase des résultats auxquels ils sont arrivés par la vivisection.

Un fait isolé peut rester dans l'ombre; une manifestation publique doit être signalée, et jugée surtout quand elle s'attaque à la base d'une science, si utile à l'humanité, si proche parente de la médecine : la physiologie expérimentale. Que de fois la clinique n'est-elle pas venue confirmer les résultats auxquels étaient arrivés les physiologistes? Mais aussi que de fois le physiologiste doit répéter une expérience, pour être certain du résultat, et encore ne faut-il souvent l'accepter qu'avec une certaine réserve Lisez ce qu'a écrit M. le professeur Peter en tête de son remarquable *Traité sur les maladies du cœur :* « J'ai emprunté, toutes les fois que je l'ai « pu, à l'anatomie et à la physiologie, l'explication des faits morbides. » Et, quelques lignes plus loin : « Je n'ai pas voulu, par une application « hâtive ou illogique des expériences de laboratoire, compromettre deux « sciences que j'aime, la physiologie et la médecine. » Or, la physiologie ne peut pas faire de progrès sans la vivisection, et c'est ce que démontre à tout esprit honnête et impartial l'excellente thèse inaugurale de notre ami le docteur Leneveu (1). Nous trouvons dans ce travail des arguments sérieux, des raisons scientifiques à opposer aux citations plus ou moins tronquées, et au sentimentalisme exagéré des antivivisectionnistes. En se plaçant sur ce dernier terrain, les membres de la ligue déplacent la question, et, pour être logiques avec eux-mêmes, ils devraient se priver de la chasse, de la pêche, et se mettre au régime végétarien exclusif. A l'amphithéâtre de l'hôpital, comme sur la table d'un laboratoire, croient-ils donc

(1) *De l'utilité de la vivisection.* Thèse de Paris, 1883.

Chers confrères qui aimez les antiquités, lisez et tenez-vous sur vos gardes. Les Anglais, ces habiles commerçants, ont failli récemment être victimes d'une supercherie qui ne leur aurait pas coûté moins de 25 millions. Ils doivent pourtant se connaître en falsifications, et savoir que, lorsqu'un produit est susceptible de donner seulement 10 pour 100 de bénéfices, on essaie de le frauder en inventant un autre produit analogue qui coûtera moins en rapportant souvent plus. On a falsifié les tableaux, les autographes, qui ont rapporté gros, mais jamais la fraude n'avait été poussée si loin, je suppose, que par un certain M. Shapira, qui a failli vendre au British Museum un manuscrit fabriqué qu'il donnait comme remontant authentiquement au IXe siècle avant notre ère, et venant en ligne plus ou moins droite du pays des Moabites.

L'origine de cette fraude est une découverte faite par un savant paléographe français, M. Clermont-Ganneau, du spécimen le plus anciennement connu de l'écriture alphabétique, vieux de 27 à 28 siècles d'existence, et dont l'auteur était Mesa, roi de Moab. Cette découverte, faite il y a une douzaine d'années, a déjà eu des conséquences funestes pour l'Allemagne, car le même M. Shapira a pu, grâce aux documents déposés dans les collections du Louvre par M. Clermont-Ganneau, inventer des poteries pseudo-moabites qui ont été payées un prix fou par le gouvernement allemand.

Cette fois, M. Shapira a perfectionné son métier. Il découpa les marges de vieux rouleaux rituels de synagogues, qui sont en peau de mouton préparées d'une certaine façon, transcrivit sur ces marges, en caractères moabites analogues à ceux de la stèle de Mesa, divers fragments du Deutéronome, et les servit comme un manuscrit original de la Bible. Il prétendait d'ailleurs, pour dorer la pilule, que ces fragments de cuir

que le chirurgien ampute un membre, et que le physiologiste fait ses expériences pour son unique plaisir? L'un et l'autre ne voient que le but qu'ils poursuivent : le premier oublie la douleur du blessé, le sang qui lui jaillit au visage pour ne penser qu'à sauver la vie du malade; le second est sourd aux plaintes de l'animal, qu'il a mis en expérience, pour ne songer qu'au résultat scientifique qu'il cherche. Si nous montrons, ce qui est facile, que quelques-uns des résultats pratiques de la vivisection ont contribué aux progrès des sciences médicales, au bien-être et au soulagement de l'humanité, nous aurons suffisamment prouvé l'utilité de la vivisection.

La circulation est sans contredit une des plus grandes découvertes physiologiques. Mais on s'étonne que les anciens aient pu croire aussi longtemps que les artères étaient vides de sang, et que l'on n'ait eu, sur cette question, pendant tant de siècles, que des aperçus très incomplets. La cause de ces erreurs nous paraît due justement à l'absence totale d'expérimentation! Tandis qu'Hippocrate et Aristote semblent ignorer complètement la circulation, Galien arrive par le raisonnement seul à des notions très vagues sur ce sujet; Servet et Columbus, au XVI[e] siècle, ne connaissent encore que la circulation pulmonaire; et le prédécesseur immédiat de Harvey, Césalpin, devine la circulation sans la démontrer. Ces conceptions ingénieuses réalisaient autant de progrès, et faisaient faire, il est vrai, un grand pas à la science. Mais il fallait au moins les vérifier, et en consacrer l'exactitude par la démonstration vivante et indiscutable. Ce fut Harvey qui confirma ces idées purement théoriques par de nombreuses expériences, et c'est à lui que revient en réalité l'honneur de la découverte de la circulation du sang. Il démontra d'abord les mouvements du cœur chez les animaux à sang froid, et donna les preuves les plus variées et les plus irrécusables de la circulation du sang : « Si vous liez, dit-il, dans un ser-« pent et quelques poissons, les veines au-dessous du cœur, le cœur et « leur canal au-dessus du lien se rident. Les veines caves liées, le cœur se « vide, languit dans ses mouvements et paraît mourir. En liant, au con-« traire, les artères à quelque distance du cœur, il se gonfle, rougit, et « semble suffoquer. Etroitement liées, les artères se gonflent et battent « au-dessus; les veines se distendent au-dessous de la ligature (1). » C'est

(1) Harvey. *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus;* 1828.

---

avaient été trouvés dans une caverne du pays de Moab, de l'autre côté du Jourdain, dans la région occupée par la tribu israélite de Ruben.

Le vendeur de cette belle œuvre en demandait un million sterling! Une commission nommée à cet effet examina soigneusement lesdites bandes de cuir, les crut authentiques, et un savant docteur hébraïsant, M. Ginsburg, se mit à déchiffrer et à traduire cette prétendue édition princeps de la Bible.

M. Clermont-Ganneau, averti de l'existence de ce trésor par les journaux, se rendit à Londres pour l'examiner; mais M. Shapira, se rappelant que notre compatriote avait dévoilé la fourberie des poteries moabites, refusa de lui laisser voir son manuscrit; cependant, son ancien ennemi put avoir entre les mains quelques bandes de ce cuir noirci, fripé, déchiré, troué, qui paraissait vieux de plusieurs mille ans, et reconnut sans peine leur origine. Il était tellement dans le vrai qu'il convertit immédiatement à ses idées les administrateurs du British Museum en leur faisant comparer le prétendu manuscrit de Moab avec les rouleaux de rituel qui sont dans leur musée. Le jour même, M. Shapira reprit ses cuirs et disparut.

C'est ainsi que le gouvernement anglais sauva 25 millions, grâce à la clairvoyance de notre savant compatriote.

Ici se montre dans tout son beau la perfide Albion, suivant l'expression consacrée,

Au lieu de savoir gré à M. Clermont-Ganneau du service qu'il avait rendu à leur pays, les journaux anglais se hâtèrent de déclarer qu'il n'avait fait sa trouvaille que sur les indications de M. Ginsburg, que la priorité revenait toute entière à ce dernier, et que lui seul avait sauvé la bourse de la nation anglaise du péril qui la menaçait. La faute de ce déni de justice en fut un peu à M. le docteur Ginsburg, car, dans un rapport publié

donc par l'expérimentation sur les animaux que Harvey a pu établir d'une façon positive la découverte de la circulation, et il est probable que l'Angleterre ne pourrait pas s'en glorifier, si la vivisection eût été défendue au XVII[e] siècle. La physiologie expérimentale poursuivit ses progrès : « Malpighi, qui naissait l'année même où Harvey publiait son ouvrage, découvrit en 1661 la circulation capillaire chez la grenouille. Aselli trouva les vaisseaux lymphatiques. Pecquet, de Dieppe, complète cette découverte, décrit les vaisseaux mésentériques, et les suit jusqu'au canal thoracique. Cent ans après l'ouvrage de Harvey, Stephen Hales emploie un manomètre pour mesurer la pression du sang. Plus tard, Poiseuille se sert du manomètre à mercure. Plus récemment, Wolkmann et Ludwig apportent de nouveaux éclaircissements sur ce sujet. Toutefois, les recherches les plus intéressantes de ces derniers temps sur la circulation sont celles de Claude Bernard, qui a démontré que la section du sympathique central d'un côté du cou était suivie d'une élévation de température, et d'une dilatation dans les vaisseaux sanguins du même côté. Ces expériences amenèrent la découverte de l'action inhibitoire du pneumogastrique sur le cœur même (1). » Est-il besoin de faire ressortir l'immense portée de ces découvertes, basées sur l'expérimentation et la vivisection? Peut-on admettre qu'elles n'aient servi qu'à mutiler des animaux innocents? Et, en supposant même qu'elles aient été stériles, ce n'est pas, dit avec raison M. Leneveu, la physiologie, la méthode expérimentale que nous devons accuser; c'est plutôt l'intelligence humaine, qui, dans les sciences, ne procède que par degrés et n'avance que peu à peu vers la vérité. Avant d'étudier les phénomènes morbides, et de chercher à les comprendre, n'est-il pas naturel de connaître intimement et de pénétrer les secrets de l'organisme sain et normal? Les découvertes physiologiques sont donc le résultat immédiat et l'un des bienfaits de la vivisection, à l'intelligence humaine est dévolu le soin de trouver leurs applications, et d'en déduire les indications thérapeutiques qui sont toujours le but final.

Il serait facile de multiplier les exemples, puisque la plupart des découvertes physiologiques reposent sur des expériences, sur des vivisections. La nature virulente du tubercule, l'épilepsie expérimentale, la connaissance

(1) *Rev. scient. Harvey*, nº 4, 1883.

---

sur la question, six jours après celui de M. Clermont-Ganneau, il avait adopté absolument la même manière de voir que notre savant épigraphiste, sans citer ni son nom ni son opinion.

A la lecture de ces articles inspirés par un sentiment déplacé de vanité nationale, on se prend à regretter que M. Clermont-Ganneau n'ait pas imité la conduite des savants allemands dans cette affaire. Car ceux-ci, sachez-le bien, avaient d'abord été sollicités par M. Shapira d'acheter ses manuscrits moabites; mais, ayant payé pour savoir à quoi s'en tenir sur les produits de M. Shapira, ils avaient refusé ses offres ; sachant, d'autre part, que les Anglais étaient sur le point de tomber dans le piège, ils attendaient silencieusement, en riant dans leur barbe, la fin de l'affaire pour dire ce qu'ils en pensaient.

M. Clermont-Ganneau n'eut pas cette petitesse d'esprit. Il avait à peine reconnu la fraude qu'il la dévoila. « Le premier devoir d'un savant, dit-il, est de faire la police de la science et de la débarrasser au plus vite de ces impostures, car elles ne peuvent que la compromettre aux yeux des profanes qui, après plusieurs déboires de ce genre, en arrivent à englober dans le même scepticisme le vrai et le faux, à tenir en suspicion les faits les plus avérés et les monuments les moins douteux. » J'espère que M. Ginsburg lira ces lignes, les comprendra, et que, revenant à de meilleurs sentiments, il rendra à M. Clermont-Ganneau la justice qui lui est due. J'espère moins, à la vérité, que la presse anglaise voudra bien reconnaître qu'elle s'est trompée.

*
* *

Tout le monde ne fut pas aussi injuste envers M. Clermont-Ganneau. Les fonctionnaires du British Museum, avec lesquels il était en relations d'études et d'amitié, furent

des nerfs vaso-moteurs, enfin les théories pastoriennes ne sont-elles pas des conquêtes de l'expérimentation ? Comment Villemin aurait-il pu inoculer le tubercule, Brown-Séquard produire l'épilepsie et reconnaître le rôle des vaso-moteurs, et Pasteur étudier l'action de ses virus atténués sans la vivisection ? La découverte des vaccins du choléra des poules et des affections charbonneuses n'est-elle pas un progrès immense réalisé dans la médecine vétérinaire ? Il faut être, il nous semble, aveugle pour ne pas reconnaître les liens étroits qui unissent la vivisection à la physiologie, si étroitement liée elle-même à la clinique et à la thérapeutique. Ce sont les anneaux d'une chaîne sans fin qui se rompt en plusieurs endroits par la suppression même de l'un d'eux, la vivisection, la vraie base de la physiologie. Grâce aux remarquables expériences de Flourens sur des lapins qu'il nourrissait avec de la garance, on fut fixé sur le mode d'accroissement des os, et sur le rôle du périoste. Ces données, fournies par la physiologie, sont entrées avec Sédillot et Ollier dans le domaine de la pratique, et l'on ne peut pas nier que la méthode de l'évidement sous-périosté, et que les résections sous-périostées ne constituent un des grands progrès de la chirurgie moderne. La théorie du cal dans la consolidation des fractures, le pont ou sautoir périostique d'Ollier, les greffes périostiques, furent autant de connaissances nouvelles dues à ces expériences physiologiques. Aussi, nous croyons que les animaux sacrifiés par ces physiologistes ne doivent pas faire regretter les résultats obtenus, puisque c'est grâce à ce moyen qu'ont pu être étendus et généralisés les bienfaits de la chirurgie conservatrice. La médecine humaine doit passer avant la médecine vétérinaire, l'humanité avant les animaux !

L'histoire de l'hémostase, liée tout entière à l'expérimentation, est de date toute récente, et si des chirurgiens comme J.-L. Petit, Förster et Desault employèrent des procédés très défectueux pour la ligature des artères, c'est que, sans être antivivisectionnistes (nous le croyons du moins), ils n'expérimentèrent pas sur des animaux, et ne cherchèrent pas à se rendre compte du mécanisme de l'hémostase dans les ligatures artérielles. Aussi leurs procédés, pour prévenir les hémorrhagies secondaires, quoique très variés, étaient-ils très imparfaits. C'est à Maunoir (1802) que l'on doit une des premières expériences sur la ligature des artères, et c'est à la

---

des premiers à se ranger à son avis et de son parti. L'un des plus éminents d'entre eux, faisant une allusion spirituelle aux difficultés particulières qu'il avait dû surmonter pour arriver à la constatation de la vérité, lui fit même ce compliment : « Vous pouvez dire maintenant : Veni, non vidi, vici. »

En France, dit-on, l'esprit console de tout. M. Clermont-Ganneau se consolera d'autant plus facilement qu'il a la conscience d'avoir fait une bonne action, qu'il a démontré que la science paléographique française n'est pas inférieure à celle de nos voisins, et que si les administrateurs du British Museum ont de l'esprit, l'article de la *Revue politique et littéraire* dans lequel il a raconté sa campagne de Londres contre M. Shapira est loin d'en être dépourvu.

*
* *

Je termine par un « Echo des Eaux » que j'extrais des Notes du même ami :

Une grande dame et un journaliste, gens d'esprit tous deux, se rencontrent à X...-les-Bains. Après les salutations et compliments d'usage entre jolie femme et homme jeune et galant, la dame demande au monsieur :

— Eh bien, vous amusez-vous ici ?

— Oh ! pas beaucoup ! C'est à y devenir réellement malade.

— Pourquoi donc ? On y est très bien, les environs sont charmants, pittoresques ; on peut faire des excursions sans fin.....

— Tout cela est vrai ; mais,..... il y a un..... mais.

— Lequel donc ?

— Eh bien, tenez, entre nous, ça manque de femmes !

Rires de la dame, qui s'en va en ayant l'air de penser à autre chose.

suite de cette expérience (1) qu'il remit en vigueur la double ligature de Celse. Mais les phénomènes qui accompagnaient la ligature et l'oblitération des artères étaient encore mal connus. Jones, chirurgien d'Edimbourg, démontra le premier que la section des tuniques interne et moyenne par la pression du lien favorisait l'oblitération définitive de l'artère (2). Il fonda sa théorie du mécanisme de l'oblitération sur dix-neuf expériences, faites sur les artères carotide et fémorale de chiens et de chevaux. Scarpa répéta les expériences du physiologiste anglais, et étudia sur les animaux les effets des liens constricteurs. Comme on le voit, c'est par l'expérimentation que fut acquis à la science ce fait, qui réalisa un progrès considérable : la constriction d'un vaisseau peut amener dans les tuniques une inflammation adhésive capable de produire l'hémostase. Nous ne voulons pas faire ici l'histoire complète de la ligature artérielle, mais nous savons tous que c'est à la suite d'expériences sur des animaux que l'on substitua aux ligatures temporaires les ligatures perdues (Levert, Ollier, Lawrence et Cawardine), que l'on détermina la nature du fil constricteur (Porta), et que Lister découvrit ses ligatures antiseptiques, qui favorisent par leur absorption rapide la réunion par première intention. Comment aurait-on pu comparer les différents procédés d'hémostase ; comment Amussat aurait-il découvert la torsion des artères sans l'expérimentation ? Nous ne nous étendrons pas plus longtemps sur les bienfaits de la vivisection, dont l'utilité nous paraît absolument démontrée par les exemples que nous avons choisis. Nous pouvons ajouter que ces exemples ne constituent qu'une infime partie des résultats obtenus par l'expérimentation sur les animaux. Les théories de la digestion, de la respiration, toute la physiologie du système nerveux reposent sur des expériences de laboratoire. Peut-on nier leur utilité en médecine légale, et en toxicologie ? Faire l'histoire complète de la vivisection, ce serait faire l'histoire de toute la physiologie. Aussi croyons-nous que les partisans de la Ligue ont tort de s'attaquer à une méthode qui a conduit à des découvertes si belles et si utiles à l'humanité. Qu'ils signalent les abus, qu'ils les combattent sans parti pris et sans excès de sensiblerie, mais qu'ils n'aillent

(1) Maunoir. *Mém. physiol. et prat. sur l'anévrysme et la ligature des artères.* Genève, 1802, p. 66.

(2) Jones. *Traité sur le travail de la nature, pour la suppression des hémorrhagies, des artères divisées et piquées, et sur l'usage de la ligature.* Trad. par Maunoir. *Mél. de chir. étrangère,* t. III. Genève, 1826.

Quelques jours après, notre journaliste reçoit une grande caisse contenant cinq grandes poupées, toutes nues, avec la carte de la dame.

Neuf jours plus tard, la dame reçoit à son tour une caisse beaucoup plus grande, renfermant les mêmes poupées, mais décemment vêtues et affligées d'un gros ventre. La lettre ci-dessous y était jointe :

Madame,

Je vous remercie infiniment de votre charmant cadeau, qui m'a fort désennuyé. Vous m'avez envoyé cinq vierges, je vous renvoie cinq mères de famille; je crois m'être conduit en galant homme; veuillez vous charger des suites.

Pour copie conforme : SIMPLISSIME.

P.-S. — Notre collaborateur, M. L.-H. Petit, a dû être bien fier mercredi dernier à la Société de chirurgie, de voir l'importance qu'on accorde à son opinion en matière d'histoire médicale. M. Léon Labbé, malgré ses nombreuses occupations, a pris la peine de venir relever à la tribune de la Société une contradiction, plus apparente que réelle, renfermée dans un ouvrage de M. Petit datant de quatre ans.

Dans son *Traité de la gastro-stomie*, M. Petit a dit que le procédé employé par M. Verneuil dans un cas de rétrécissement de l'œsophage, n'était que l'assemblage de divers éléments de plusieurs procédés, entre autres de celui que M. Labbé a mis en pratique chez le *jeune homme à la fourchette*. Il a discuté longuement la part qui revenait à cha-

pas déplacer la question, faire du sentimentalisme et entraver les efforts d'hommes éminents dont la seule préoccupation est la recherche de la vérité, le seul mobile, l'amour de la science et de l'humanité. Le physiologiste n'est pas un bourreau ; derrière l'animal attaché, il entrevoit, comme l'a dit M. Paul Bert, le problème scientifique résolu, et plus loin, le malade humain soulagé au prix des souffrances animales. La vivisection permet donc d'étudier directement les phénomènes vitaux sur les animaux, et est un des moyens d'investigation les plus précieux de la physiologie expérimentale.

« Interdire la vivisection au physiologiste, dit M. Leneveu (1), c'est lui enlever le « plus beau fleuron de sa couronne; la réglementer, la soumettre à des lois, c'est ne « pas avoir la moindre idée de la manière dont se passent les choses ; c'est supposer « que le physiologiste est inspiré tout à coup, et sait d'avance qu'il va sûrement faire « telle ou telle découverte dans l'expérience qu'il va tenter. Seule, la liberté complète « donne à l'intelligence humaine la force et la volonté nécessaires aux grandes œuvres, « et c'est pour n'en avoir pas joui que l'homme a été si longtemps privé, pendant les « longs siècles du moyen âge, de ce qui pouvait, en médecine, servir à défendre sa vie « menacée : la connaissance de soi-même. Sans la liberté scientifique complète, il n'y a « place que pour la routine qui est l'esclavage de la science! S'il s'agit d'élever un mo- « nument à la civilisation, d'entreprendre une œuvre qui livrera au commerce de nou- « veaux débouchés, la société ne se fera pas scrupule d'envoyer des ouvriers sous des « climats insalubres, et de sacrifier consciemment, pour arriver à ses fins, peut-être « quelques milliers d'hommes. Dans une bataille, si le succès est incertain, le général « en chef n'hésitera pas à sacrifier quelques centaines d'hommes pour décider la vic- « toire. On déplorera ces morts, mais il ne viendra pas raisonnablement à l'idée de quel- « qu'un de s'élever contre cette manière d'agir, qui est commandée par l'intérêt géné- « ral de l'humanité ou de la nation. Si ce mal physique, qui est inévitable, et qui se « traduit pour la Société par la perte de quelques-uns de ses membres, est accepté « presque universellement, comment expliquer tant de récriminations, lorsqu'il se « réduit à des animaux dont le nombre sera aussi grand et les souffrances aussi cruelles « que vous voudrez, et que, d'un autre côté, le but à atteindre est le bien-être et le « soulagement de l'humanité. »

Nous n'avons rien à ajouter à ces conclusions, qui nous paraissent résumer parfaitement la question, et nous ne pouvons qu'engager M[me] Maria

(1) Thèse. *Loc. cit.*, p. 70 et suiv.

---

cun dans ce procédé et accordé à M. L. Labbé tout ce qui concerne le siège de l'incision et la manière de la pratiquer. Jusque-là, M. Labbé se déclare satisfait.

Aux conclusions de son mémoire, M. Petit donne à ce procédé, résultat de la sélection de plusieurs procédés, le nom de celui qui l'a mis le premier en usage, pour remédier à un rétrécissement œsophagien, M. Verneuil. Cette fois, colère de M. Labbé, qui revendique comme sien ce procédé.

Mais si chacun des auteurs auxquels M. Verneuil a emprunté, en le reconnaissant loyalement, et M. Petit aussi, un élément de procédé pour mener à bonne fin la cure de son opéré, si chacun de ces auteurs, dis-je, vient à réclamer pour lui seul le procédé tout entier, que vont devenir M. Petit et son livre?

En somme beaucoup de bruit pour rien.

Statue de Pinel. — Nous avons annoncé qu'un monument allait être élevé à Pinel sur la place de la Salpêtrière. Le groupe est terminé. M. Ludovic Duran a représenté Pinel tenant de la main droite les fers brisés; une jeune fille, placée à ses pieds, lève les yeux vers son libérateur; le docteur est vêtu du costume du Directoire.

Muséum. — Les exercices relatifs à l'emploi du microscope dans l'étude comparative de la structure intime des tissus constitutifs des animaux auront lieu tous les jours, de midi à cinq heures, au laboratoire d'anatomie comparée et d'histologie zoologique, sous la direction de MM. Ch. Robin, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et G. Pouchet, professeur au Muséum, rue de Buffon, 55, où les élèves doivent se faire inscrire auprès du directeur-adjoint, M. le docteur Huet.

Deraisme et ses acolytes à les méditer. Sans vouloir prétendre, ce qui serait absurde, que la vivisection seule, pas plus que la chimie avec ses propres ressources, fait progresser la médecine humaine, nous répétons qu'elle est d'une utilité incontestable, et constitue pour les physiologistes l'un des moyens d'exploration les plus importants. Vouloir en démontrer l'inutilité, vouloir même la réglementer, c'est propager l'erreur, entraver la science et reculer la marche du progrès. Quel est donc le but de la ligue antivivisectionniste? Nous le demandons aux lecteurs, et nous voulons croire à une erreur plutôt qu'à une réclame.

Maurice Notta.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

Le Rapport officiel du docteur Hunter sur le choléra en Egypte.

Il faut à coup sûr professer une foi bien vive contre la doctrine de l'origine indienne du choléra pour accepter les conclusions du rapport de M. Hunter. Au reste, on ne doit pas s'étonner de ces efforts du médecin officiel du gouvernement britannique pour accommoder les faits avec les prétentions de la diplomatie de son pays. Ce rapport, dont les conclusions ne sont pas acceptables, n'en mentionne pas moins des notions intéressantes sur les condititions telluriques ou atmosphériques qui favorisèrent l'invasion de l'Egypte par le choléra et firent du delta du Nil un terrain favorable à sa propagation.

Pas n'est besoin assurément d'avoir découvert l'Amérique, pour reconnaître avec M. Hunter, les conditions hygiéniques déplorables de l'Egypte. Au pays des Pharaons, il est d'usage d'encombrer les canaux et les rivières de matières putrescibles : on y projette les cadavres des animaux morts ; et, on le sait, en 1883, le typhus avait sévi depuis le commencement de l'année et sévit encore sur les troupeaux.

Il n'est pas utile de traverser la Méditerranée pour démontrer qu'en 1883, comme dans les années 1865, 1855, 1850, 1848 ou 1831, époques où elle fut le théâtre des précédentes épidémies, l'Egypte est dépourvue d'une bonne administration sanitaire ; que les médecins instruits y sont rares ; que dans les classes pauvres, fort nombreuses d'ailleurs, on ne fait guère appel à leur science ; que les cimetières sont insalubres, les citernes et les fosses d'aisances, là où elles existent, en mauvais état, et d'énumérer toutes ces conditions antihygiéniques, communes d'ailleurs à beaucoup de pays d'Orient.

M. Hunter ne s'attarde pas seulement dans leur dénombrement. Les diarrhées d'Egypte sont, dit-il, fréquentes, fatales et souvent chollériformes. En mars 1883, on avait reçu deux diarrhéiques à l'hôpital, et le 27 avril, on en avait observé d'autres à l'Ecole grecque de Damiette. Ne faut-il pas faire acte de bonne volonté pour établir des relations pathogéniques directes entre ces diarrhées du mois d'avril et le choléra qui ne débuta qu'à la fin de juin. Jusqu'ici, dans toute pathogénie, on cherchait à établir des rapports prochains entre la cause et les effets ; dans l'espèce on invoque des causes bien lointaines ; la logique peut donc à bon droit s'en offenser. Alors la diarrhée ne serait pour ainsi dire qu'une forme atténuée du choléra, un choléra de faible intensité, en un mot, une sorte de réduction du choléra. Ce sont là sans doute les arguments des communiqués avec lesquels la diplomatie britannique prétend conquérir l'opinion scientifique européenne !

M. Hunter appuie ses conclusions sur le témoignage de deux médecins, qui dénoncent l'insalubrité de Damiette, suffisante, disent-ils, pour être l'origine et avoir favorisé l'extension de l'épidémie. Ils ajoutent aussi que les eaux du Nil au Caire avaient des apparences putrides ; soit. Mais avant de considérer ce fait comme un argument pathogénique de quelque valeur, il faudrait expliquer le motif pour lequel, au lieu d'éclater au même moment dans tous les villages riverains, l'épidémie s'est propagée par étapes successives le long du fleuve.

Les phénomènes météorologiques que signale M. Hunter, ont été déjà observés en 1865. A cette époque, au moment où le choléra sévissait avec violence au Caire, l'atmosphère était lourde et suffocante, le ciel plombé et un brouillard enveloppa la ville pendant trois jours. De plus, phénomène souvent signalé, les oiseaux émigrèrent pour ne reparaître que pendant le déclin de la maladie.

Pendant l'épidémie actuelle, M. Kirker a constaté deux périodes dans l'état météorologique de Damiette. Du 28 mai au 23 juin, les vents furent variables, les nuits calmes

et sans nuages, l'humidité était excessive. Les 12, 13, 14 et 17 juin l'hygromètre indiquait presque l'état de saturation par les chiffres 91 à 92 de l'échelle; néanmoins, il n'y eut pas de pluie. Dans la seconde période, entre le 23 juin et le 6 juillet, le degré hygrométrique varia de 78 à 82 entre l'observation du matin et celle de la nuit.

Au Caire, d'après M. Mac-Dowell, au moment où l'épidémie atteignait sa plus grande violence, l'atmosphère était calme, l'air chargé d'une sorte de brouillard jaunâtre, les oiseaux disparurent et ne se montrèrent de nouveau que le 26 juillet. Cet état atmosphérique fut noté surtout dans la nuit du 23 juillet, durant laquelle le choléra fit ses premières victimes parmi les soldats des garnisons anglaises de Kasr-en-Nil-Ahassick et de la citadelle du Caire. Les Arabes qui ont remarqué ce phénomène donnent au choléra le nom de « miasme jaunâtre » (el-howa-el-asfar).

L'arrivée de la « vague épidémique » (epidemic wave) aurait été précédée de diarrhées d'Egypte toujours graves. De plus, l'insalubrité du pays, l'existence du typhus sur les hommes et les animaux, les conditions météorologiques, sont donc, d'après M. Hunter, les principaux facteurs étiologiques du choléra de 1883. Soit; mais il resterait encore à prouver que la maladie n'a pas été importée des Indes, et que son débarquement en Egypte n'a pas précédé de quelques jours l'invasion actuelle. M. Hunter ne s'y attarde pas, et, en résumé, ce rapport, intéressant au point de vue de la salubrité et de la météorologie médicale de l'Egypte, ne démontre pas la formation sur place de foyers cholériformes dans le delta du Nil. Il indique seulement ce fait qu'en juin 1883, à cause des conditions telluriques et atmosphériques spéciales, à cause de la misère générale et des ruines consécutives à l'invasion anglaise de l'Egypte, le malheureux pays était dans les conditions les plus défavorables pour résister à l'arrivée de la « vague épidémique » venant de l'Océan indien. — C. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Chatin présente une note de MM. A. Andouard et V. Dézaunay, relative à *l'influence de la pulpe de diffusion sur le lait de vache.*

On admet généralement aujourd'hui que la pulpe résultant du traitement de la betterave par la diffusion augmente la quantité aussi bien que la qualité du lait des vaches. Au dire de M. Simon-Legrand et d'autres agriculteurs, son usage améliore tout à la fois les animaux, dont la chair devient tendre et succulente, et leurs produits, en particulier le beurre, qui prend une saveur recherchée en même temps qu'il devient d'une plus facile conservation.

Nous ne prétendons point nous inscrire d'une manière absolue contre cette appréciation, mais nos essais ne nous permettent pas de nous associer complètement aux éloges décernés à la pulpe de diffusion, considérée comme agent améliorant du lait et de ses principes. Voici le résumé des observations sur lesquelles est fondée notre réserve :

L'expérience a été commencée le 24 mars 1883 sur une vache de race nantaise, du poids de 300 kil. environ. La bête était bien portante, elle avait vêlé le 11 décembre 1882 et avait été saillie le 13 janvier suivant. Son lait journellement consommé par la famille de l'un de nous et par quelques personnes du voisinage, était excellent jusqu'au jour où l'on fit entrer dans son régime la pulpe de diffusion.

A dater de ce moment, il manifesta une tendance marquée à la coagulation spontanée. En outre, lorsqu'on le portait à l'ébullition, la crème s'agglomérait en petites masses qui lui donnaient l'apparence de lait tourné, alors qu'il n'avait éprouvé aucune altération. Sa saveur elle-même était moins agréable que par le passé, et il n'était pas possible de mettre ce changement sur le compte de l'imagination, car au nombre des consommateurs se trouvait un enfant âgé d'un mois, qui témoigna plus énergiquement que personne de la qualité défectueuse du produit.

Ne pouvant croire, au premier instant, à un effet aussi formellement en désaccord avec les opinions reçues, nous avons essayé plusieurs fois, et sans en avertir la mère, de faire reprendre à l'enfant dont nous venons de parler le lait de la vache nourrie à la pulpe. A chaque tentative nouvelle, l'enfant était bientôt pris de vomissements et repoussait avec obstination le breuvage qu'on lui présentait. Le doute n'était pas admissible, et la constance des phénomènes observés accusait nettement la pulpe d'être la cause de l'altération du lait.

Ce résultat ne laissa pas que de nous surprendre, et il nous inspira le désir de vérifier

la réalité des assertions relatives à l'action du même aliment sur la production et sur la composition chimique du lait. La pulpe employée dans nos essais venait de la sucrerie de Paimbœuf. Elle contenait 1,08 pour 100 d'acides organiques, exprimés en acide acétique, et ne présentait rien d'anormal dans sa composition. Mais nous ferons remarquer de suite qu'une vache, consommant chaque jour 50 kil. de pulpe ainsi constituée, absorbe 540 gr. d'acides acétique et homologues, dose importante et susceptible vraisemblablement de modifier la nature de la sécrétion lactée.

Avant de rien changer à la nourriture habituelle de la vache en expérience, nous avons soumis son lait à l'analyse chimique, pour avoir un terme de comparaison. Cette notion acquise, nous avons introduit la pulpe dans l'alimentation de l'animal à dose d'abord croissante puis décroissante. Dans la dernière semaine, la pulpe a été remplacée par la betterave entière.

Les résultats ont montré que la pulpe de diffusion l'emporte sur la betterave entière, au point de vue de l'activité qu'elle imprime à la sécrétion lactée. Partie de 5 lit. 07, la traite moyenne s'est élevée, en moins de 15 jours et sous l'influence de la pulpe, à un maximum de 6 lit. 68, pour redescendre de suite à 5 lit. 70, lorsqu'à celle-ci nous avons substitué la betterave intacte. Ces chiffres parlent sans commentaires.

Ainsi, grâce à la pulpe de diffusion, le volume total du lait a suivi une progression ascendante rapide ; en est-il de même de la proportion respective des éléments nutritifs? Nos analyses répondent à cette question. Si l'on en rapproche les moyennes, on voit que, dans les limites de nos expériences, la caséine et les sels minéraux n'ont pas éprouvé de variations sensibles. Le beurre et le sucre ont pris, au contraire, un maximum notable, correspondant, pour le premier de ces principes, à la plus forte ration de pulpe, et, pour le second, au début du changement de nourriture.

A ne considérer que les poids, il est certain que cet aliment est favorable à l'augmentation des éléments hydrocarbonés et du volume total du lait. Malheureusement, il nous semble contestable que les qualités organoleptiques bénéficient également de son usage.

A quel principe de la pulpe faut-il attribuer ce changement, et devons-nous le regarder comme un accident fortuit ou comme une conséquence de ce régime alimentaire? Nous inclinons vers la deuxième hypothèse et nous imputons l'infériorité du lait aux acides organiques engendrés par la fermentation de la pulpe. Cette fermentation étant inévitable, nous craignons qu'il n'en soit de même de l'inconvénient précité. Nous nous proposons, du reste, de reprendre l'étude de cette question sur une plus grande échelle, pendant la campagne sucrière, en employant comparativement la pulpe sortant de la presse et celle qui a été conservée en silos.

En attendant, nous déduisons de nos recherches actuelles les conclusions suivantes :

1° La pulpe de diffusion conservée en silos et donnée à une vache à la dose de 27 kil., puis de 55 kil. par jour, a produit immédiatement une augmentation de près de 32 pour 100 du rendement antérieur en lait;

2° Elle a paru sans influence sur la richesse du lait en caséine et en sels minéraux ;

3° Mais elle a élevé la proportion du beurre de 12,40 pour 100, et celle du sucre de 23,64 pour 100 du poids primitif des mêmes éléments;

4° Enfin, elle a communiqué au lait une saveur moins agréable et une prédisposition certaine à la fermentation acide. Jusqu'à vérification, nous hésitons à croire que le beurre fourni par un lait de cette nature soit d'excellente qualité.

—

M. Daubrée annonce à l'Académie la perte que la science vient de faire dans la personne de M. Joachim Barrande, décédé récemment à Frohsdorff, à l'âge de 84 ans.

Ancien élève de l'Ecole polytechnique, il donna, en 1830, sa démission d'ingénieur des ponts et chaussées pour devenir précepteur de M. le comte de Chambord, et il ne tarda pas à se fixer à Prague. C'est en poursuivant, avec une rare persévérance et un talent d'observation exceptionnel, l'étude du terrain silurien de la Bohême, qu'il arriva à des résultats d'une importance fondamentale, pour cette époque reculée de l'histoire du globe et pour les animaux qui s'y sont succédé.

On voit, par exemple, dans son classique *Système silurien du centre de la Bohême,* comment, en rapprochant des milliers de trilobites qu'il avait recueillis lui-même, il parvint à suivre toute la marche du développement de beaucoup d'espèces, depuis l'œuf et les premières phases de leurs métamorphoses jusqu'à l'état adulte. Il fut ainsi conduit à réunir avec certitude, grâce à cette chaîne d'intermédiaires, des formes de ces êtres fossiles qui auraient pu appartenir à des espèces tout à fait différentes.

L'esprit éminent dont sa noble figure était bien le reflet, et les grandes découvertes de M. Barrande, lui auraient depuis longtemps assuré une place à l'Académie, au moins comme correspondant, si, par un sentiment que nous ne partagions pas, mais devant

lequel nous avons dû nous incliner, il n'avait cru devoir, à plusieurs reprises, résister aux démarches que la section de minéralogie avait faites auprès de lui.

L'exemple d'un savant qui refuse les honneurs académiques est assez rare pour être cité. — M. L.

VARIÉTÉS

Au *Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine,* dans sa séance du 12 octobre 1883, M. le docteur Ollivier a donné lecture d'un rapport sur un cas présumé de décès par rage. Au mois de mai 1881, une enfant d'un an est, dit le rapporteur, mordue et conduite immédiatement chez un pharmacien qui, au lieu de cautériser la plaie au fer rouge, se borne à la laver avec une solution de sel marin et à faire un pansement à la baudruche gommée. Le surlendemain, la plaie est en voie de cicatrisation, et deux jours après la guérison est complète. L'enfant paraît conserver sa bonne santé; on constate seulement, jusqu'au moment du sevrage, quelques accidents qui peuvent être attribués à la dentition; à partir du sevrage, le caractère devient difficile, mais l'état général n'est pas inquiétant.

A l'age de deux ans et huit mois, de très graves symptômes se présentent : perte d'appétit, pâleur de la face, coryza, grande excitation, puis tristesse et abattement, répugnance pour les aliments, crise nerveuse à la vue de tout objet brillant. Enfin, convulsions au moindre souffle sur le visage, au plus léger contact d'un corps froid, au moindre bruit produit par la chute d'un corps sur le parquet. L'enfant succombe après trente-sept heures de maladie.

Bien que la durée de la période d'incubation ait été exceptionnellement longue (vingt-six mois), on peut admettre, d'après les symptômes observés, que cette enfant a succombé à la rage.

M. le docteur Dujardin-Beaumetz lit de son côté une communication relative à un décès par rage survenu au Bourget. Un enfant de 7 ans avait été mordu dans les premiers jours de juillet par un chien inconnu et qu'il a été impossible de retrouver. Les morsures avaient été profondes et répétées, et avaient produit une large ulcération.

L'enfant n'avait été cautérisé que deux heures après l'accident, et au moyen du nitrate d'argent.

Au bout de 61 jours, il fut pris d'hydrophobie; il ne put ni boire, ni manger, et tomba dans une agitation extrême, puis dans le délire, et succomba après deux jours de maladie.

M. Leblanc présente quelques observations sur les symptômes constatés dans ces deux cas. Il ajoute que le nombre des cas de rage humaine a été, cette année, un peu inférieur à ce qu'il était les années précédentes, mais qu'il importe de continuer à tenir la main à l'exécution des règlements concernant les chiens errants.

COURRIER

Concours. — Il sera sursis, jusqu'à nouvel ordre, à l'ouverture du concours pour l'admission aux Ecoles préparatoires du service de santé militaire, qui avait été fixée au 12 novembre.

Un avis ultérieur fera connaître la date à laquelle ce concours aura lieu.

Faculté de médecine de Paris. — Le registre d'inscriptions pour le premier trimestre de l'année scolaire 1883-1884 sera ouvert le mercredi 24 octobre 1883. Il sera clos le jeudi 22 novembre, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre suivant, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première et de deuxième année de doctorat et de première année d'officiat, les mercredi 24, jeudi 25, vendredi 26, samedi 27, mercredi 31 octobre, et les samedi 3, mercredi 7, jeudi 8, vendredi 9 et samedi 10 novembre.

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième et troisième années d'officiat, les mercredi 14, jeudi 15, vendredi 16, samedi 17, mercredi 21 et jeudi 22 novembre.

MM. les étudiants sont tenus de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre

leurs inscriptions. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat et de deuxième et troisième années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribuées qu'à partir du lundi 12 novembre 1883.

Avis spécial. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscription *un certificat de leur chef de service*, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le quatrième trimestre de l'année scolaire 1882-1883. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. *Ces formalités sont de rigueur;* les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

Faculté de médecine de Paris. — Sont nommés prosecteurs, pour quatre ans : M. Michaux, en remplacement de M. Routier, dont le temps d'exercice est expiré; M. Poirier, en remplacement de M. Nélaton, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Petit, docteur en médecine, est délégué, jusqu'au 1er novembre 1884, dans les fonctions de chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Segond, appelé à d'autres fonctions.

M. Suchard (Eugène-Guillaume), bachelier ès lettres et ès sciences, ancien interne des hôpitaux, est nommé chef des travaux anatomiques du laboratoire de clinique, institué à l'hôpital Necker, en remplacement de M. Ducastel, démissionnaire.

Les enfants abandonnés. — M. Quentin, directeur de l'Assistance publique, vient d'adresser au préfet de la Seine et au conseil général un exposé de la situation du service très intéressant des « enfants moralement abandonnés », créé par le conseil général en 1881.

Il a été recueilli, en 1882, par l'Assistance publique, 948 enfants, dont la provenance est ainsi répartie :

Envoyés par les magistrats du petit parquet. . . .	35
Envoyés par la préfecture de police.	156
Amenés directement par les parents.	767
Total.	948

La dernière catégorie est la plus nombreuse; elle résulte de l'intervention personnelle des commissaires de police ou des membres des bureaux de bienfaisance, qui ont reconnu les avantages incomparables du système préventif, inauguré par l'œuvre nouvelle, système qui enlève l'enfant au milieu mauvais dans lequel il se trouve souvent, et qui le met à même de se constituer rapidement un métier pouvant le faire vivre, et de plus un pécule assurant son avenir.

En outre des 948 enfants admis en 1882, il en existait, en 1881, 518, ce qui donne un total de 1,466 enfants placés sous le patronage de l'Assistance publique.

Désormais, les pupilles sortant des deux écoles de Montevrain et de Villepreux, organisées par l'Assistance publique, seront placés par l'administration et continueront à être patronés. Une partie de leur salaire sera économisée, de manière à augmenter rapidement leur pécule.

Evaluant à 3,000 le nombre des enfants moralement abandonnés qui pourront être confiés à l'Assistance publique en 1884, M. le directeur fixe à 350,000 francs le crédit à demander au conseil général, chiffre qui dépasse de près de 100,000 francs le crédit accordé en 1883.

Orphelinats agricoles. — La commission du conseil général de la Seine chargée d'étudier la création en Algérie d'orphelinats agricoles est de retour à Paris depuis quelques jours.

Cette commission vient de se réunir à l'Hôtel de ville, sous la présidence de M. Yves Guyot, afin de s'entendre sur les conclusions de son rapport.

Plusieurs emplacements lui ont paru convenir aux établissements projetés; mais celui qui semble devoir l'emporter est un vaste domaine situé à Mila dans la province de Constantine.

Le rapport de la commission va être présenté d'urgence au conseil général qui aura à statuer dès sa prochaine session fixée en novembre.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Contribution à l'étude du cancer de l'estomac et de la laparotomie.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 13 juillet 1882,

Par le docteur Debove,

Agrégé de la Faculté, médecin de Bicêtre.

Je viens, Messieurs, vous entretenir d'un malade atteint de cancer de l'estomac, mort à la suite d'une laparotomie et dont l'histoire est intéressante à divers points de vue.

C'était un homme de 56 ans, n'ayant aucune espèce d'antécédents héréditaires. Son père est mort à 89 ans, sa mère est morte fort âgée.

Sa santé avait été excellente jusqu'au mois de novembre dernier; il remarqua alors que son appétit diminuait et que la viande lui répugnait particulièrement. Vers la fin de mars, il eut quelques douleurs d'estomac. Dès le commencement d'août, ces douleurs avaient disparu, mais l'anorexie allait toujours croissant. Vers le 28 avril surviennent des vomissements, ils se produisent dans les vingt ou trente minutes qui suivent le repas. Le malade a d'abord des éructations, puis une salivation assez marquée; enfin, sans effort, par une sorte de régurgitation, les aliments sont rejetés presque inaltérés, même après un assez long séjour dans l'estomac Jamais il n'y a eu ni sang ni matières noirâtres pouvant faire croire à des hématémèses, jamais non plus les selles n'ont présenté de coloration anomale.

On essaya par divers moyens d'enrayer les progrès de la maladie, on a employé les évacuants, les révulsifs, les eaux alcalines, le régime lacté, etc Toutes les médications restant sans effet, le malade se décida à entrer dans notre service.

Le 2 juin, jour où nous examinons notre malade, nous le trouvons bien musclé, mais considérablement amaigri. La face est bronzée, tirée, mais ne rappelant nullement l'aspect cachectique des cancéreux. Le principal phénomène accusé étaient des vomissements incessants qui ne permettaient le séjour dans l'estomac ni des solides ni des liquides, ce qui fait que notre malheureux malade est tout à la fois tourmenté par la faim et par la soif.

Il n'y a aucune douleur ni spontanée ni provoquée dans la région épigastrique. L'estomac n'est pas dilaté. On chercha soigneusement l'existence d'une tumeur et sur ce point les avis furent partagés, les uns avec M. Verneuil perçurent sur les limites de l'hypochondre et de l'épigastre un empâtement; d'autres, et je suis de ce nombre, ne perçurent aucune tumeur ou crurent simplement constater un léger abaissement du foie. M. le professeur Brouardel partageait ce dernier avis.

Le ventre était souple, non ballonné, malgré l'absence de garde-robes, absence bien naturelle puisque le malade ne pouvait rien garder dans l'estomac. Un lavement purgatif amena l'excrétion d'une petite quantité de matières fécales, ne présentant rien de particulier.

Notre première idée fut d'abord de chercher à combattre les vomissements, dont la persistance et la ténacité étaient telles qu'il en était résulté un amaigrissement de 42 livres, que le sujet était menacé de périr d'inanition, sans compter que la faim et la soif le tourmentaient cruellement. Nous essayâmes le lavage de l'estomac.

A diverses reprises, nous fîmes passer dans l'estomac plusieurs litres

d'eau soit pure, soit tenant en dissolution du bicarbonate de soude. L'eau sortait aussi claire et aussi limpide qu'elle entrait, n'entraînant absolument aucun produit pathologique. Ces lavages ne modifièrent en rien les vomissements qui persistèrent aussi tenaces que jamais.

Nous eûmes alors recours à l'alimentation artificielle, c'est-à-dire que nous introduisîmes les aliments dans l'estomac par la sonde. Il arrive en effet, fréquemment, que des malades atteints des affections les plus diverses vomissent tout ce qu'ils mangent et ne vomissent pas ce qui est introduit par la sonde. C'est une particularité sur laquelle nous avons, à diverses reprises, appelé votre attention et qui nous paraît bien importante au point de vue thérapeutique. Plusieurs de nos collègues ont d'ailleurs déjà vérifié la vérité de nos assertions. Dans le cas particuler, l'alimentation artificielle ne parut rendre aucun service, mais nous eûmes l'idée d'appliquer un procédé dont nous nous étions déjà bien trouvé, les aliments furent introduits dans l'estomac, à une température de 0°, c'est-à-dire que nous introduisions des aliments en prenant l'eau glacée comme véhicule. Les repas ainsi donnés à neuf heures du matin n'étaient plus rejetés que vers six heures du soir, mais ils ne paraissaient néanmoins avoir subi aucune altération, leur digestion ne paraissait pas commencée.

L'idée théorique qui nous a conduits à modifier ainsi l'alimentation artificielle est la suivante. Le vomissement est un acte réflexe qui succède à une excitation de la muqueuse stomacale, si on anesthésie cette dernière, le réflexe ne se produira plus, et parmi les agents anesthésiques qui puissent être sans inconvénient appliqués sur la muqueuse stomacale, on ne voit guère que le froid. C'est en se basant sur ce principe que les médecins ont depuis longtemps conseillé la glace aux malades atteints de vomissements, mais il faudrait avaler les fragments de glace ; si on la laisse fondre dans la bouche, l'eau qui en résulte s'échauffe dans la bouche, le pharynx, l'œsophage, elle arrive dans l'estomac en trop petite quantité à la fois et à une température qui n'amène pas l'anesthésie. Aussi recommandons-nous particulièrement notre procédé d'alimentation artificielle avec des aliments glacés, dans les divers cas de vomissements graves qui se présentent fréquemment dans la pratique médicale.

Dans le cas particulier ce mode de traitement fut utile puisque le malade ne rejeta plus ses aliments qu'au bout de neuf heures, mais bien insuffisant, les matières ne passant toujours pas de l'estomac dans l'intestin, et l'état général continuant à s'aggraver. En effet, du 2 juin au 9 juin, nous constations une perte de deux kilogrammes.

Il était évident que si on n'intervenait pas, la mort et la mort rapide était la seule issue possible. Pouvait-on intervenir chirurgicalement ? Peut-être ; mais il fallait tout au moins avoir un diagnostic probable.

Il était certain qu'il s'agissait d'une obstruction pylorique, mais quelle était sa cause ? Un cancer était la cause la plus probable, d'abord à cause de la grande fréquence du cancer de l'estomac, à cause de l'anorexie, du dégoût de la viande ; mais s'il s'agissait d'un cancer, sa marche était bien anomale ; nous n'avions pas d'hématémèse, les vomissements suivaient immédiatement le repas, ils avaient brusquement débuté, et dès leur début l'obstruction pylorique avait été complète. Le lavage donnait un liquide absolument clair indiquant un cancer non ulcéré, si toutefois il s'agissait d'un cancer. Un cancer non ulcéré et assez volumineux pour obstruer aussi complètement le pylore nous paraissait bien différent de ce que nous avons l'habitude d'observer. On ne pouvait admettre l'existence de cicatrices suite d'ulcères, à aucune période il n'y avait eu de signes d'ulcère.

L'existence d'une tumeur aurait levé tous les doutes, M. le professeur Verneuil croyait la sentir, M. le professeur Brouardel et moi la considérions comme très problématique.

Que faire?

Nous proposâmes à M. le professeur Verneuil une laparotomie exploratrice; nous étions sûrs qu'il y avait un obstacle au pylore, au-dessus de l'orifice des voies biliaires; puisqu'il n'y avait jamais eu ni ictère, ni vomissements bilieux, cet obstacle pouvait être non cancéreux; peut-être y avait-il à ce niveau quelque étranglement qu'on pourrait lever?

Ce n'est pas sans avoir pris conseil des personnes les plus compétentes, parmi lesquelles je citerai M. le professeur Brouardel, M. Dujardin-Beaumetz, que nous avons insisté près de M. le professeur Verneuil pour qu'une laparotomie exploratrice fût pratiquée.

Une raison d'ailleurs nous poussait à agir, c'est que, si on n'intervenait pas immédiatement, la mort rapide était la seule issue de la maladie.

Mais cette raison n'était certes pas suffisante; car, si on soumettait à de graves opérations tous les malades dont les jours sont comptés, l'association du médecin et du chirurgien deviendrait singulièrement dangereuse. Dans le cas particulier, je considérais le cancer comme très probable; il me parut cependant qu'on avait des chances suffisantes de trouver une autre cause d'obstruction pour nous décider à intervenir.

Le 12 juin, une laparotomie exploratrice fut entreprise par M. le professeur Verneuil. Permettez-moi de ne pas insister sur les détails chirurgicaux de l'opération, sujet qui sort absolument de ma compétence, et de dire seulement que, l'abdomen ouvert, l'on reconnut l'existence d'un cancer de l'estomac et d'une généralisation au grand épiploon et au péritoine. Sans chercher à préciser davantage le rapport des parties malades, on pratiqua immédiatement la suture de l'incision abdominale.

L'après-midi, le malade se plaignit d'une soif vive, de céphalalgie, mais n'eut de douleurs ni dans le ventre, ni au niveau de la plaie. Le soir, vers six heures, il était un peu agité.

Le 13 juin, le malade n'avait pas reposé la nuit; il se plaignit d'une soif vive, d'un malaise général; il succomba sans aucune souffrance.

La température avait été soigneusement prise avant et après l'opération. Avant l'opération, la température axillaire était de 36,4, celle du rectum, de 38 (pouls : 86). Il y avait, par conséquent, un léger abaissement de la température périphérique et une légère élévation de la température centrale. L'abaissement de la température axillaire était peut-être dû à l'inanition. Le jour de l'opération, à deux heures, la température axillaire était de 36,4; le soir, elle était de 36,6; le lendemain matin, elle était de 36,4.

La cause de la mort est très vraisemblablement le choc opératoire chez un malade inanitié.

L'autopsie fut faite vingt-quatre heures après la mort.

La grosse tubérosité de l'estomac apparut légèrement dilatée dans l'hypochondre gauche; le reste de l'estomac, et notamment la région pylorique, était caché par le foie, qui était légèrement abaissé.

Le grand épiploon relevé s'insinuait entre le diaphragme et le foie; il était étalé à la surface de ce dernier organe, et contenait un nombre considérable de noyaux cancéreux dont les plus gros étaient du volume d'un pois.

C'est ce grand épiploon qui en contournant le foie donnait cette sensation d'empâtement perçue par plusieurs observateurs, tandis que d'autres soutenaient qu'il s'agissait d'un simple abaissement de l'organe hépatique.

Le foie, de volume normal, ne présentait aucune lésion.

La face inférieure du diaphragme dans toute son étendue, mais surtout

dans la région qui était en contact avec le grand épiploon déplacé, était couverte de granulations cancéreuses.

Le pylore, siège d'une tumeur volumineuse absolument cachée par le foie, n'avait aucune adhérence avec les parties voisines, et le duodénum n'était le siège d'aucune compression.

La tumeur du pylore (carcinome colloïde) rendait cet orifice rigide; il admettait sans difficulté le doigt indicateur. A la surface de la muqueuse, à ce niveau, on ne trouvait que de légères exulcérations très superficielles. De petits nodules cancéreux apparaissaient en ce point comme des vésicules transparentes.

L'intestin n'était pas dilaté. A la surface du péritoine, aussi bien sur le feuillet viscéral que sur le feuillet pariétal, on voyait çà et là de petites colonies de granulations cancéreuses. Au niveau du pubis, une plaque de péritonite cancéreuse maintenait deux anses intestinales adhérentes entre elles et à la paroi de l'abdomen. L'intestin fut incisé dans toute sa longueur, il ne contenait pas de matières et sa muqueuse n'était pas altérée. Les reins étaient atteints de néphrite interstitielle au début. Les organes thoraciques étaient absolument normaux.

Remarquons tout d'abord dans cette autopsie une lésion accessoire que nous n'avions pas soupçonnée pendant la vie, c'est la néphrite interstitielle, Mais elle était au début, n'était accompagnée d'aucune lésion cardiaque, les urines ne contenaient point d'albumine et elles étaient rares (conséquence nécessaire du rejet par le vomissement de toutes les boissons).

La laparotomie et l'autopsie démontrent qu'il s'agissait d'un cancer de l'estomac; mais il faut reconnaître que ce cancer s'éloignait par bien des côtés du type classique.

Il n'y avait pas de tumeur évidente (la tumeur pylorique étant couverte par le foie).

Le grand épiploon, seul, avait, par ses altérations, donné lieu à des discussions. Les uns soutenaient l'existence d'un empâtement, les autres le rejetaient.

Il n'y avait jamais eu ni hématémèse ni melœna, ce qui s'explique par l'absence d'ulcérations.

Mais ce qui est plus anomal, c'est qu'un cancer non encore arrivé à la période d'ulcération, et permettant l'introduction de l'indicateur dans l'orifice pylorique, ait amené des vomissements incoercibles portant sur les liquides et les solides, vomissements qui mettaient directement en danger les jours du malade et le faisaient souffrir de la faim et de la soif.

Nous admettons ordinairement que le vomissement du cancer stomacal est dû surtout au rétrécissement pylorique, notre observation montre que cette théorie mécanique est bien trop exclusive.

La marche anomale du cancer nous a fait tenter une laparotomie exploratrice que nous n'aurions certainement pas conseillée si nous n'avions pensé qu'il s'agissait peut-être d'une affection autre qu'une affection cancéreuse.

Dans ces dernières années, on a fait en Allemagne des résections du pylore dans des cas de cancer. Les résultats de cette opération, qui fut d'abord faite en France par M. Péan, ne paraissent guère encourageants. La plupart des malades sont morts peu d'heures après l'opération, d'autres sont morts de récidives. Ceux qui ont guéri le sont-ils pour longtemps? N'y a-t-il pas eu d'ereur de diagnostic? Ou bien y a-t-il des variétés de cancer de l'estomac qui aient peu de tendance à récidiver? Ce sont des questions que l'avenir pourra seul résoudre.

Les indications de la résection sont en tous cas fort vagues; car, chez

notre malade, il existait une péritonite cancéreuse, contre-indication absolue, et cependant elle ne se traduisait par aucun signe.

Il avait été proposé avant la laparotomie, par un de nos collègues, de faire communiquer l'estomac avec l'intestin grêle, et d'éviter ainsi l'opération de la résection du pylore. Cette tentative aurait été bien inutile, il y avait dans le petit bassin des anses intestinales agglomérées qui, si elles avaient été traversées par les matières, auraient rapidement amené un étranglement interne.

Nous avons cru devoir publier notre observation à cause des anomalies qu'a présentées notre malade, de l'intérêt d'actualité que présentent les opérations de laparotomie, des services qu'elles ont rendus, et peut-être aussi des excès auxquels elles peuvent conduire.

BIBLIOTHÈQUE

Le choléra. — Etiologie et prophylaxie, par A. Proust, professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Lariboisière, etc. — Paris, Georges Masson; 1883.

La menace d'une quatrième épidémie cholérique en Europe, après l'arrivée de ce fléau en Egypte, démontre suffisamment le danger des doctrines anticontagionnistes en matière de choléra. Dans diverses publications antérieures, à la tribune de l'Académie et d'autres sociétés savantes, M. Proust a déjà maintes fois combattu ces doctrines, en s'appuyant sur les faits connus, sur son expérience personnelle, et sur l'autorité de son éminent maître M. Fauvel; elles n'en persistent pas moins, et si leurs partisans sont peu nombreux en France et dans les contrées méditerranéennes, ils ne le sont que trop au delà de la Manche. Aussi est-ce pour ceux-ci particulièrement que M. Proust a écrit son livre. Il a voulu prouver, en quelque sorte, que c'est au manque de précautions de la part des autorités anglaises qu'il faut attribuer l'arrivée du choléra en Egypte en 1883, et que s'il vient jusqu'à nous, ce sera encore la faute des Anglais.

Cette tâche lui était facile. Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'il a étudié les sources et la marche du choléra, non plus que l'utilité et le mode de fonctionnement des mesures quarantenaires, et nul mieux que lui ne pouvait exposer l'état de nos connaissances sur ces intéressants sujets. Or, comme ce qui se conçoit bien s'énonce clairement, nous n'étonnerons personne en disant que ce petit livre d'à peine 200 pages est exposé avec une méthode parfaite et écrit avec la plus grande clarté. Si les Anglais ne le comprennent pas, et si les anticontagionnistes ne sont pas convaincus de leur erreur, c'est qu'ils y mettront de la mauvaise volonté ou qu'ils sont destinés à mourir dans l'impénitence finale.

Le plan du livre est très simple. Qu'est-ce que le choléra? D'où vient-il? Comment est-il venu jusqu'à nous? Comment atteint-il l'homme et comment entre-t-il dans l'organisme? Comment l'empêcher de nous atteindre? Telles sont les questions dont M. Proust s'est efforcé de donner la solution.

L'opinion actuelle est que le choléra asiatique, la diarrhée cholérique et la cholérine sont des formes de la même maladie, mais que le *choléra nostras* s'en distingue par son étiologie, sa nature et sa gravité.

Il nous vient de l'Inde, qui est son seul et unique berceau; y existait-il avant sa première invasion en Europe? M. Tholozan dit oui, M. Daremberg a dit non; la conférence de Constantinople et M. Fauvel n'ont accepté ni l'une ni l'autre de ces opinions, les éléments leur manquant pour se prononcer en connaissance de cause. De toute façon, la marche envahissante ne date que de 1817.

La cause première de l'affection est encore à l'état de doute; les grandes agglomérations d'individus, les pèlerinages contribuent beaucoup à son éclosion et à sa diffusion, mais ne sont que des causes adjuvantes. Les pèlerins indous forment en effet de véritables foyers mobiles d'infection, et vont créer des foyers secondaires sur différents

points, le Hedjaz, par exemple, circonstance qui a fait croire que l'épidémie s'y développait primitivement, ce qui est une erreur.

De l'Inde, le choléra est exporté de diverses manières. Cette exportation, cette transmissibilité de l'épidémie est prouvée par : 1° les faits de propagation après l'importation de la maladie ; 2° l'efficacité de certaines mesures préventives; 3° la marche générale des épidémies de choléra; 4° enfin, l'évolution des épidémies dans les localités atteintes. En 1830 et en 1846, il est venu de l'Inde en Europe par la voie de terre, en 1865 par la voie maritime, et c'est ainsi qu'en suivant pas à pas ses traces et son mode d'invasion et de propagation, on a pu éclaircir ces points difficiles.

Quel que soit l'agent cholérique, et M. Proust ne s'occupe pas ici de sa nature, il est transmis par tout ce qu'ont pu toucher les déjections du cholérique : le linge, les vêtements, l'homme sain, l'animal, les marchandises, l'eau potable. Il entre dans l'organisme par les voies respiratoires et le tube digestif. Diverses causes peuvent influer sur la marche et la gravité de l'épidémie; le milieu, cosmique ou somatique; l'altitude, la nature du terrain, les conditions atmosphériques, les moyens de communication (caravanes, chemins de fer, navires, armées, foires, pèlerinages). Il faut faire une grande part dans le rôle joué par ces conditions à l'accoutumance des individus agglomérés aux germes du choléra, et à l'immunité qu'elle confère à une partie de ces individus. Il n'est pas moins important de connaître, dans la détermination de la transmissibilité, ce qui a trait à l'incubation de la maladie, à la durée de cette incubation et au temps pendant lequel un individu atteint de diarrhée cholérique est apte à transmettre le choléra.

Les conséquences qui résultent de la notion de la transmissibilité du choléra et de son mode de propagation imposent aux gouvernements certaines obligations ayant pour but de préserver de ses atteintes les pays qu'il menace. On peut prendre plusieurs partis. Le plus simple serait à coup sûr d'étouffer le mal dans son berceau; malheureusement, il est impossible à mettre à exécution, par suite de diverses conditions et en particulier l'ignorance qui existe encore des causes premières du choléra; on peut diminuer son extension en entravant autant que possible les caravanes et les pèlerinages, mais c'est à peu près tout ce que l'on peut faire.

Reste à arrêter le choléra dans sa marche à sa sortie de l'Inde, suivant qu'il prend la voie terrestre ou la voie maritime, par les cordons sanitaires et les quarantaines. La carte que M. Proust a dressée nous montre les nombreuses routes que suit le choléra et les points où il faut poser les sentinelles chargées de l'arrêter : sur les frontières de l'Inde, sur celles de la Perse, sur celles de la Russie et de la Turquie d'Asie. — Si le choléra vient par la voie maritime, il rencontre une première ligne de défense sur la mer Rouge; mais, s'il arrive en Egypte, la seule mesure à prendre est de mettre en quarantaine toutes provenances de ce pays. C'est ce que l'Europe entière a fait dans l'épidémie actuelle, et c'est grâce à cette mesure qu'elle a pu échapper jusqu'ici au fléau, comme elle a fait depuis plusieurs années, en pratiquant la prophylaxie adoptée par les conférences de Constantinople et de Vienne. Si le choléra était transporté par les navires anglais de l'Inde en Angleterre, il n'y aurait qu'à prendre pour ce pays les mêmes mesures rigoureuses, mais ce danger n'est guère à craindre, parce que, dans le trajet, le choléra disparaîtrait ou que le navire serait mis en quarantaine et désinfecté à son arrivée.

Ce petit volume se termine par la reproduction des mesures à prendre en temps d'épidémie, entre autres de l'*instruction populaire* rédigée récemment par une commission spéciale, et par un index bibliographique étendu et bien fait des principales publications relatives au choléra. La réunion prochaine, à Rome ou à Constantinople, d'une Commission internationale chargée de reviser le règlement qui régit les quarantaines, et dans laquelle M. Proust pourrait bien représenter la France, donne à ce travail une actualité toute particulière. Nous ne saurions trop en recommander la lecture à ceux qui veulent savoir ce que les hygiénistes français pensent du choléra, et nous ne doutons pas que ce conseil soit suivi aussi bien par les *profanes* que par les médecins, car tous y trouveront à la fois plaisir et profit.

L.-H. PETIT.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 octobre 1883. — Présidence de M. Guéniot.

Sommaire. — Réclamation de priorité. — Suite de la discussion sur la taille hypogastrique. — Sur un cas d'amputation congénitale. — Sur une opération de thyroïdectomie.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et de la communication de M. Lucas-Championnière relative à une opération de gastro-stomie pratiquée pour un cas de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, M. Léon Labbé a cru devoir demander la parole pour relever une erreur ou plutôt une contradiction qu'il a constatée au sujet de son procédé de gastro-stomie dans le *Traité* publié sur cette matière, en 1879, par M. Henri Petit, bibliothécaire de la Société de chirurgie. Dans cette publication importante, la proprié du procédé dont il s'agit serait attribuée, en apparence du moins, tantôt à M. Léon Labbé, tantôt à M. Verneuil.

Mais M. Verneuil, qui est assez riche pour ne pas être tenté de s'attribuer ou de se aisser attribuer ce qui appartient à d'autres, a fait remarquer qu'il y a deux choses dans la question soulevée par M. Léon Labbé : une question de manuel opératoire et une question d'indication thérapeutique.

La question de manuel opératoire est évidemment jugée en faveur de M. Léon Labbé, c'est lui qui est l'auteur du procédé de gastro-stomie généralement adopté aujourd'hui, et personne, M. Verneuil moins que tout autre, n'a la prétention de lui en contester la propriété. Quant à la question d'indication ou d'application thérapeutique, c'est une autre affaire.

M. Léon Labbé, en effet, a imaginé son procédé de gastro-stomie dans le but de retirer de l'estomac de son opéré une fourchette que cet individu avait avalée; il a fait, si l'on peut ainsi dire, une opération de *taille stomacale.*

M. Verneuil, au contraire, a eu l'idée d'emprunter le procédé de M. Léon Labbé afin de l'appliquer à la cure palliative du rétrécissement cicatriciel de l'œsophage.

M. Léon Labbé doit donc être considéré à juste titre comme l'auteur du procédé de gastro-stomie qui porte son nom, et M. Verneuil, de son côté, ne réclame pas autre chose que l'idée de l'application du procédé de M. Léon Labbé au traitement palliatif du rétrécissement cicatriciel de l'œsophage.

C'est ainsi que doit s'expliquer la contradiction plus apparente que réelle relevée par M. Léon Labbé dans l'ouvrage de M. Henri Petit.

Après les explications courtoises échangées entre M. Léon Labbé et M. Verneuil, nous estimons, pour notre part, que l'incident est clos, comme on dit au Palais.

— La discussion sur la taille hypogastrique s'est continuée par une communication très intéressante de M. Périer.

Ce chirurgien a pratiqué trois fois la taille hypogastrique.

Son premier opéré était un homme de 58 ans, obèse, hémorrhoïdaire depuis vingt-sept ans. Il avait éprouvé, à l'âge de 54 ans, les premiers symptômes de sa maladie, qui s'étaient manifestés par des coliques néphrétiques répétées. Depuis lors, il avait eu des troubles de la miction sans hématuries.

En novembre 1881 se manifesta sans cause appréciable une aggravation notable. Les urines devinrent purulentes et fortement albumineuses.

En janvier 1882 fut constatée pour la première fois la présence d'un calcul dans la vessie. Le malade étant entré à l'hôpital le 2 février suivant, M. Périer reconnut l'existence d'un calcul dur, ayant plus de 4 centimètres dans un sens, accolé au côté gauche de la vessie et impossible à mobiliser.

Pendant l'exploration se produisit un ténesme anal des plus violents avec procidence considérable du rectum. La vessie était très irritable, intolérante, et il y avait, eu moyenne, de vingt à trente mictions par jour.

Après l'exploration, il y eut une aggravation des symptômes qui, jointe aux autres circonstances, détermina M. Périer à rejeter la lithotritie pour recourir à la taille hypogastrique.

Après quelque temps de repos et un traitement approprié, l'état général étant

devenu excellent, l'opération fut pratiquée le 6 mars, la vessie ayant été préalablement distendue par une injection.

Incision de 8 centimètres; le calcul fut trouvé adhérent à gauche et décollé avec le doigt, puis extrait à l'aide d'une simple pince à polypes du nez. La vessie saigna assez abondamment au niveau du point où adhérait le calcul. Des tubes à drainage furent introduits et la plaie suturée.

Les suites de l'opération furent très régulières. La température s'éleva jusqu'à 38,6 le premier jour, mais revint très rapidement vers 37,6 pour osciller entre ce degré et 38,2.

Au dixième jour, on enlève un drain; l'urine commence à couler par la plaie; le lendemain, enlèvement d'un deuxième drain. Le treizième jour, le malade commence à uriner par l'urèthre; le vingt-huitième jour, l'urine cesse de couler par la plaie qui est presque complètement cicatrisée.

Le calcul était du poids de 50 gr. 50.

Le deuxième malade était un vieillard de 77 ans qui avait été lithotritié trois fois, en 1869, en 1872 et en 1874. M. Périer le vit pour la première fois au commencement de 1882 et constata la présence d'un nouveau calcul. Cette simple exploration fut suivit d'une attaque violente de rhumatisme articulaire; le malade était sujet aux manifestations de la diathèse rhumatismale, il y avait à craindre le retour, au moindre choc, de ces mêmes accidents. D'autre part, les troubles de la miction étaient si graves (urines purulentes, douleurs violentes, etc.) que le malade demandait instamment qu'on y portât remède.

Ne pouvant songer à la lithotritie après les accidents provoqués par le simple cathétérisme explorateur, M. Périer fit choix de la taille sus-pubienne, le volume et l'irritation de la prostate ne permettant pas la taille périnéale.

L'opération fut pratiquée le 20 juillet 1882, exactement de la même manière que chez le premier malade.

Le soir de l'opération, il y eut un léger accès de fièvre; la température ne dépassa pas 38,2. Pendant les quatre premiers jours, on donna un gramme de sulfate de quinine en deux doses, une matin et soir. Tout alla bien les jours suivants, et les drains furent enlevés le 27, huitième jour après l'opération.

Le 15 août, vingt-sixième jour, la plaie est à peu près complètement cicatrisée et l'urine coule par le canal. Mais le catarrhe viscéral ancien nécessite des sondages avec la sonde en caoutchouc rouge pour compléter l'évacuation et continuer les lavages que l'on ne peut plus faire par la plaie, dont la cicatrisation était complète le 20 août.

Après divers incidents de réouverture et de recicatrisation de la plaie, celle-ci se cicatrise définitivement vers le 20 septembre.

Cet homme, qui vit encore, n'a plus présenté depuis que les accidents ordinaires du catarrhe vésical, accompagnant l'hypertrophie prostatique chez les vieillards.

Le troisième malade est un homme de 31 ans qui, depuis sa plus tendre enfance, a toujours souffert en urinant. Les douleurs étaient surtout vives lorsqu'il avait vidé complètement sa vessie. Cela ne l'a pas empêché de choisir la profession de charron, de se marier il y a quatre ans et d'avoir un enfant.

En mars 1883, les douleurs s'aggravent au point de ne plus laisser de répit; le malade urine toutes les dix minutes; tout travail lui devient impossible; on le traite pour une cystite par des injections d'acide borique et des capsules de térébenthine. I entre le 25 mai dans le service de M. Périer.

Après un temps de préparation, il est opéré le 12 juin; l'extraction du calcul est difficile. La température ne s'élève jamais au-dessus de 38, excepté le premier jour à 38,2.

Le premier pansement est renouvelé le troisième jour; les sutures sont enlevées le huitième, les tubes à drainage le dixième et le onzième jour. Quinze jours après l'opération, l'urine sort par l'urèthre; le vingt et unième jour, il ne s'écoule plus d'urine par la plaie. Le 1er juillet, le malade sort guéri.

Il a été revu récemment; il était encore pâle et anémique, mais il se portait bien. Le calcul pesait 35 grammes; il était dur et cassant et composé d'oxalate de chaux.

Si à ces trois observations on ajoute les deux que M. Périer a déjà communiquées, on voit que sur cinq opérés, un seul a succombé, mais à une lésion rénale, à un abcès du rein qui avait envahi l'atmosphère adipeuse de cet organe, et qu'en aucune manière on ne peut incriminer le procédé opératoire. Les quatre autres, dont un vieillard de 77 ans, ont bien supporté l'opération qui, chez trois d'entre eux, a eu des suites presque identiques.

Ces observations semblent suffisamment démonstratives et prouvent, une fois de plus, que la taille sus-pubienne est d'exécution facile, qu'elle peut se faire mathématiquement

et sans accidents, à la condition d'agir exactement suivant l'ordre indiqué ci-après:

1° Introduction de la sonde à robinet dans la vessie et évacuation de l'urine;
2° Ligature de la verge avec un lien élastique;
3° Introduction du pessaire dans le rectum;
4° Distension de la vessie par l'eau boriquée tiède;
5° Distension par le ballon rectal;
6° Incision franche de la peau et des tissus sous-jacents jusqu'à la vessie;
7° Ouverture de la vessie que l'on maintient béante;
8° Extraction du calcul;
9° Déplétion du ballon et retrait de la sonde;
10° Exploration de la paroi vésicale et lavage de la vessie;
11° Installation des drains;
12° Suture de la plaie au-dessus des drains et pansement.

M. Périer insiste sur le lavage et le drainage avec des détails propres à montrer l'importance capitale de ces deux temps de l'opération. Il est indispensable, suivant lui, d'associer au drainage les précautions antiseptiques.

— M. Paul Reclus présente une fillette de 12 ans qu'il a récemment opérée, dans le service de M. Verneuil, à la Pitié, pour une lésion dont l'évolution naturelle aurait abouti sans doute à une amputation spontanée dite congénitale. M. Reclus pense que cette opération est peut-être la première en ce genre.

Cette enfant a, du côté droit, un pied-bot varus et une syndactylie des trois orteils du milieu, syndactylie remarquable en ce qu'elle est incomplète vers l'extrémité métatarsienne où l'on constate une dépression longitudinale assez profonde et terminée en cul-de-sac.

La lésion principale se rencontrait à la jambe gauche; là existait, à l'union du tier inférieur avec les deux tiers supérieurs un sillon circulaire profond en tout semblable à celui que produirait une ligature énergique. Pour voir le fond de cette dépression, il fallait écarter les deux bords saillants en bourrelets et l'on constatait que la peau y était plus rose, plus humide et légèrement desquamée. Il semblait que les tractions déplaçaient ce sillon sur la face interne du tibia; les muscles se mouvaient sur la ligature, ce que démontraient les mouvements de flexion et d'extension du pied et des orteils.

Il était à craindre que cette striction permanente qui ne cessait d'aller en progressant depuis plusieurs mois ne provoquât bientôt de graves accidents, l'oblitération des artères et des veines, l'étouffement des nerfs, l'atrophie des muscles, la section des tendons et même des os.

Pour prévenir ces accidents, M. Reclus a pratiqué l'opération suivante : après avoir anesthésié l'enfant, il a appliqué une petite bande d'Esmarch, puis, au-dessus et au-dessous du sillon il a incisé les téguments et le tissu cellulaire sous-cutané jusqu'à l'aponévrose. Cette double incision contournait le membre, ne respectant que la portion de peau correspondant à la face interne du tibia. On a enlevé ainsi une lanière qui comprenait comme longueur les deux tiers au moins de la circonférence du membre et comme largeur, après étalement, deux centimètres et demi environ. Il n'y avait pas d'adhérences entre l'aponévrose et la partie profonde du sillon qui s'est détaché aussi facilement que l'écorce du bois vert.

Malgré cette ablation d'une lanière de deux centimètres et demi, les deux lèvres de la plaie se sont affrontées sans tiraillement; on les a suturées après avoir drainé la profondeur avec 8 à 10 drains.

Au quatrième jour, les sutures ont été enlevées; au sixième jour, les drains. La réunion par première intention était parfaite dans toute l'étendue de la perte de substance. Aujourd'hui, deux mois après l'opération, il n'existe pas trace de constriction dans les points opérés.

L'examen histologique pratiqué par M. Suchard, préparateur au Collège de France, a montré qu'au niveau du sillon constricteur à marche progressive, les téguments ont perdu leur graisse, et qu'à la place de celle-ci on trouve des fibres abondantes très analogues au faisceau tendineux décrit dans l'ainhüm. La question de l'identité de la lésion, cause de l'amputation dite congénitale, avec l'ainhüm, est encore à l'étude. En attendant, M. Reclus pense que l'ablation de la bride annulaire constitue une bonne opération capable de conjurer les graves accidents qui menacent le membre.

— M. Pozzi présente une pièce pathologique résultant d'une opération de thyroïdectomie qu'il a pratiquée sur un individu porteur depuis cinq ans d'un goître dont le développement croissant avait fini par déterminer des phénomènes de suffocation qui menaçaient la vie du malade. La trachéotomie préalable a été pratiquée dans le double

but d'empêcher la suffocation et de permettre l'anesthésie, qui a pu être continuée pendant toute la durée de l'opération.

Il fallut appliquer des pinces à forcipressure pour arrêter une hémorrhagie considérable résultant de la section de la thyroïdienne supérieure engagée dans la tumeur. Les pinces furent laissées en place pendant quarante-huit heures; leur ablation donna lieu à une hémorrhagie formidable qui nécessita leur réapplication; mais l'hémorrhagie se reproduisit le lendemain et entraîna la mort du malade. A l'autopsie, on a constaté que l'artère carotide externe était englobée dans le tissu fibreux de la tumeur.

M. Verneuil a vu deux cas dans lesquels la forcipressure a donné de mauvais résultats; il s'agissait, dans ces deux cas, d'une tumeur du sein avec retentissement dans les ganglions axillaires. Les malades moururent d'hémorrhagie. M. Verneuil conclut de ces deux faits qu'il ne faut jamais appliquer des pinces à forcipressure dans le fond du creux de l'aisselle; il croit devoir, en outre, appeler l'attention sur les inconvénients qu'il y a de laisser ces instruments en place trop longtemps et sur l'utilité de pratiquer, dans certains cas, la ligature préalable des vaisseaux.

M. Tillaux a pratiqué cinq fois la thyroïdectomie, quatre fois dans des conditions telles que la trachéotomie préalable était impossible; il n'en a pas moins fait la thyroïdectomie sans chloroformisation, parce que celle-ci provoquait chaque fois l'asphyxie. M. Tillaux se contente de faire prendre avant l'opération 4 grammes de chloral, et de pratiquer une injection sous-cutanée avec 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine. Les malades ainsi endormis ne souffrent pas. M. Tillaux serait disposé à se passer du chloroforme dans l'opération de la thyroïdectomie.

M. Pozzi croit devoir conclure des fâcheux résultats de son opération que la forcipressure à demeure est dangereuse lorsqu'elle est appliquée au voisinage des gros vaisseaux. Il pense ensuite que, dans certains cas de thyroïdectomie, il y aurait lieu de faire, à la place de la trachéotomie, la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, telle que l'a proposée Krishaber.

A. T.

JOURNAL DES JOURNAUX

Des indications de l'hystérectomie, par Polk, professeur d'obstétrique, de gynécologie et de pathologie infantile à l'Université de New-York. — Etant donné que l'opération de Freund est une opération extrêmement grave, que l'on ne doit tenter qu'autant qu'il existe quelque espoir sérieux de sauver la malade; étant admis d'autre part que ce résultat ne peut être obtenu que dans les cas où il n'y a pas d'infection ganglionnaire, et que cette infection est précoce, vu la richesse en lymphatiques de l'utérus et de ses annexes, et la connection étroite de ces lymphatiques avec les ganglions pelviens; considérant enfin que l'absence d'induration dans le cul-de-sac ne constitue pas une preuve de l'état d'intégrité des ganglions pelviens, il est important de considérer de près dans quels cas l'opération de l'hystérectomie est indiquée.

Dans le cancer du col utérin, si le cancer est exactement limité au col, et si l'état général et local donne lieu de croire qu'il n'y a aucun commencement d'infection de l'organisme, l'amputation du col, opération relativement inoffensive, facile à pratiquer, est parfaitement suffisante.

Le corps utérin est-il intéressé, on peut compter que les ganglions sont pris, et que par conséquent l'opération de Freund est absolument contre-indiquée.

Pour le cancer primitif du corps utérin, son diagnostic est une question de temps. Dans les premiers stades, on le prend pour ces cas d'hypertrophie muqueuse dits granulations papillomateuses, qu'on traite comme tels par la curette. Si, dans ces cas, le diagnostic de cancer était porté avant qu'aucune hypertrophie du corps utérin fût constatable, peut-être faudrait-t-il regarder l'opération de Freund comme nettement indiquée, car l'envahissement des ganglions n'a lieu qu'après l'apparition de cette hypertrophie.

Mais outre que ces cas de cancer primitifs sont rares, leur diagnostic est loin d'être facile et l'opportunité de l'opération mal aisément déterminée.

C'est dans les cas de sarcome utérin que l'opération de Freund est le moins critiquable. Ici, en effet, l'infection ganglionnaire est tardive, la maladie reste localisée bien plus longtemps que pour le carcinome, et les patients succombent aussi souvent à la septicémie et à la pyohémie résultant de l'intervention de la curette qu'aux progrès inéluctables de la maladie.

Bon nombre de ces cas peuvent être diagnostiqués avant que les ganglions soient intégressés et avant même que hypertrophie utérine se soit généralisée; tout par suite

indique et justifie l'opération et permet d'en espérer la guérison. Mais ces cas sont relativement rares. Il résulte de ceci que les indications de l'opération de Freund sont en somme fort limitées. (*The indications for hysterectomie,* par W. Pock, *New-York med. Journ.*, aug., 1883.)

Du Stylosanthes elatior, par W. Cline, de Cuba. — A la suite d'un article inséré il y a quelques mois dans la *Gazette de thérapeutique,* vantant l'utilité du *Stylosanthes elatior* pour calmer les douleurs dans les accouchements où le travail est d'une longueur insolite, le docteur Cline, de Cuba, a essayé ce médicament chez plusieurs de ses malades qui se trouvaient à la fin de leur grossesse et chez qui le travail, dans les précédents accouchements, s'était déjà effectué dans ces conditions de lenteur et de souffrances. Soixante gouttes par jour, en trois fois, de l'extrait fluide de *Stylosanthes elatior,* de Parke et Davis, furent d'abord administrées à une femme que le docteur Cline avait déjà assistée en pareilles circonstances, et chez laquelle le travail, très douloureux, avait chaque fois duré vingt-quatre heures. Le traitement par le *Stylosanthes* commença environ un mois avant l'époque présumée de l'accouchement, et, cette fois, le docteur Cline ne put arriver à temps pour assister la malade, car la durée du travail n'avait pas pris deux heures en tout.

Dans une autre circonstance où le *Stylosanthes* fut conseillé, les choses se passèrent d'une manière si rapide et si satisfaisante que le docteur Cline se trouva encouragé à soumettre le même médicament à des épreuves ultérieures. C'est ce qu'il fit chez 7 malades dont les antécédents attestaient des accouchements laborieux et qui constituaient par cela même de véritables témoins.

Chez toutes, les résultats furent très satisfaisants. En matière de thérapeutique, ajoute le docteur Cline, l'efficacité d'une médication exige, pour être définitivement établie, une expérimentation plus prolongée; d'autre part, telle malade n'ayant eu jusqu'ici que des accouchements laborieux, peut n'avoir plus désormais que des accouchements faciles, et cela sans cause connue; néanmoins, les résultats précités doivent encourager les médecins à continuer l'épreuve, étant donnée l'action favorable que le médicament paraît exercer sur les douleurs préparantes et les douleurs expulsives. Cette action du *Stylosanthes elatior* tend à le faire considérer comme un tonique et un sédatif très identique dans ses propriétés physiologiques au *Viburnum prunifolium.* A la dose sus-indiquée le médicament ne donne lieu à aucun effet désagréable. (*Stylosanthes elatior*, by W. Cline. — *The Therap. Gaz.*, july 1883, n° 7.) — L. Dn.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 12 au 18 octobre 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 989. — Fièvre typhoïde, 41. — Variole, 3. — Rougeole, 4. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 12. — Diphthérie, croup, 35. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 42. — Phthisie pulmonaire, 207. — Autres tuberculoses, 21. — Autres affections générales, 60. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 40. — Bronchites aiguës, 18.— Pneumonie, 49. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 53; au sein et mixte, 33; — inconnues, 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 95; circulatoire, 77; respiratoire, 70; digestif, 46; génito-urinaire, 24; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulat. et muscles, 9. — Morts violentes, 34. — Causes non classées, 3.

Résumé de la 42e semaine. — Le nombre des décès survenus à Paris, dont nous avions remarqué la faiblesse depuis le commencement de septembre, revient progressivement à son taux normal. On a compté 989 décès pendant la semaine actuelle, au lieu de 967 pendant la semaine dernière et de 937 pendant la précédente.

La comparaison des chiffres de la semaine actuelle avec les précédentes, amène aux conclusions suivantes :

On constate une décroissance insignifiante de la Fièvre typhoïde (41 décès au lieu de 43 pendant la semaine dernière). Cette maladie, toujours fréquente à Paris depuis quatre ans, n'a pas encore présenté la recrudescence qui lui est ordinaire en automne.

La Variole au contraire (3 décès dans chacune des deux dernières semaines) diminue généralement de fréquence dans cette saison. Cependant son extrême rareté actuelle est faite pour surprendre.

La même observation s'applique à la Rougeole (4 décès au lieu de 6).

La Scarlatine n'a causé que décès dans chacune des quatre dernières semaines.

L'épidémie de Coqueluche que nous constatons depuis le mois d'avril dernier paraît s'amender, s'il faut se fier aux résultats des deux dernières semaines (12 décès et 11

pendant la semaine précédente). Toutefois, de nouvelles observations sont nécessaires avant d'affirmer que la période épidémique est terminée.

La Diphtérie parait augmenter de fréquence depuis trois semaines (35 décès au lieu de 28 pendant la semaine dernière et de 24 pendant la précédente). Le mouvement des hôpitaux (31 entrées au lieu de 25) semble confirmer cette conclusion. La maladie ne paraît localisée spécialement dans aucune partie de la ville, cependant on doit remarquer que le quartier du *Jardin des Plantes* compte 3 décès causés par le Croup, et qu'en outre 2 malades y sont signalés par les cartes de morbidité.

Parmi les maladies saisonnières, la Bronchite aiguë des jeunes enfants (18 décès au lieu de 25) et la Pneumonie (49 décès au lieu de 47) ne présentent que des variations sans importance. L'Athrepsie au contraire diminue comme il est naturel dans cette saison (89 décès au lieu de 117).

359 mariages ont été notifiés pendant cette semaine au service de Statistique; mais, sur ce nombre, il en est 23 qui, transmis en retard par la mairie du XIXe arrondissement, doivent être ajoutés au chiffre de la semaine dernière. Le nombre réel des mariages attribuables à celle-ci n'est que de 336.

Le nombre des naissances s'élève à 1,254 (628 garçons et 626 filles) dont 907 légitimes et 347 illégitimes; parmi celles-ci, 62 ont été reconnues immédiatement par l'un des parents au moins.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — La reprise des travaux anatomiques et préparatoires est annoncée par la Faculté de médecine de Paris.

Samedi 20 octobre, première démonstration opératoire.

Lundi 22 octobre, première leçon d'ostéologie.

Lundi 5 novembre, dissection.

Concours pour l'internat en pharmacie, dans les asiles publics d'aliénés de la Seine. — Un concours pour la nomination à deux emplois d'interne en pharmacie, dans les asiles publics d'aliénés de la Seine (Sainte-Anne à Paris, Ville-Evrard et Vaucluse dans Seine-et-Oise), sera ouvert le lundi 10 décembre 1883, à une heure précise.

Pourront pendre part à ce concours tous les étudiants en pharmacie âgés de 20 ans au moins et de 27 ans au plus.

Les candidats devront se faire inscrire à Paris, au siège de la Préfecture de la Seine (bureau du Personnel), du 8 au 27 novembre 1883 inclusivement.

Chaque candidat devra produire les pièces ci-après :

1° Un acte de naissance;

2° Un extrait du casier judiciaire;

3° Un certificat de vaccine;

4° Un certificat de bonnes vie et mœurs;

5° Des certificats constatant trois années d'exercice dans les pharmacies, dont une dans la même maison.

Le concours porte sur la chimie, la pharmacie et l'histoire naturelle.

La durée des fonctions d'interne est de trois ans. — La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen.

Les avantages attachés à la situation d'interne dans les asiles publics d'aliénés de la Seine comportent le logement, le chauffage, l'éclairage, la nourriture et un traitement fixe et annuel de 800 francs à l'asile Sainte-Anne et de 1,100 francs dans les asiles de Ville-Evrard et de Vaucluse, situés en dehors de Paris.

Paris, le 11 octobre 1883.

Société médicale des hôpitaux. — Séance du vendredi 26 octobre 1883.

Ordre du jour. — M. Gouguenheim : Présentation de malade et d'instrument. — M. Troisier : Les nodosités rhumatismales éphémères.

— A partir du 1er novembre, la clinique des maladies du larynx et du nez, du docteur Cartaz, ancien interne des hôpitaux, sera ouverte les mardis et samedis, à 9 heures 1/2, 29, rue des Petits-Carreaux.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

BULLETIN

L'ainhüm et les amputations congénitales. — L'année dernière à l'Académie de médecine, tout récemment à la Société de chirurgie, s'est agitée la question de l'ainhüm et de ses rapports avec les amputations congénitales. Si rares que soient les exemples de cette affection singulière, elle est devenue en quelque sorte une question d'actualité; chaque spécimen qu'on en découvre excite un nouvel intérêt en montrant une fois de plus les obscurités du sujet et rouvrant la porte aux hypothèses.

A propos d'un fait que nous avons publié la semaine dernière, M. Eugène Rochard, fils de l'éminent académicien que nous avons failli perdre et dont le rétablissement était annoncé il y a peu de jours au milieu des applaudissements de ses collègues, nous envoie les lignes suivantes, où se trouve une discussion courtoise de l'intéressante observation du docteur Pineau. Nous remercions notre confrère de la marine, et nous lui laissons la parole.

« L'*Union médicale* du jeudi 18 octobre m'a donné l'occasion de lire une communication faite à la Société de médecine de Paris, le 26 mai 1883, par M. le docteur Pineau sur une *observation d'un cas d'ainhüm indigène.* Je me suis déjà occupé de cette question, et, si je me permets de vous écrire, c'est que je crois utile de ne pas laisser passer sous le nom d'ainhüm des vices de conformation qui tiennent à une tout autre cause.

« Je ne puis malheureusement entrer dans la description complète de cette maladie, cela m'entraînerait trop loin; mais ce que je tiens à établir, c'est qu'il ne faut pas confondre l'ainhüm avec les amputations congénitales. L'ainhüm est une maladie observée chez les noirs, siégeant de préférence au petit orteil, et qui a pour caractère principal de ne pas être congénitale.

« Je sais bien que les observations de Guyot tendent à établir le contraire; mais, pour moi, les malades observés par mon collègue et ami étaient des Polynésiens atteints d'amputations congénitales. J'ai essayé de le prouver dans une lettre insérée dans la *Gazette hebdomadaire* et dans un article des *Archives de médecine navale.* Je ne sais pas si j'ai réussi; mais aujourd'hui je veux encore, en m'appuyant sur l'observation de M. Pineau, montrer le danger qu'il y a en clinique à vouloir trop généraliser.

« Chez la jeune enfant citée par notre confrère de Château-d'Oléron, les lésions sont congénitales; elles portent sur trois extrémités; les mains sont atteintes de préférence, et ce n'est pas un sillon circulaire siégeant sur un ou deux orteils, comme dans l'ainhüm, ce sont des tronçons de doigts, des phalanges rudimentaires, des syndactylies et des croisements de deux doigts l'un sur l'autre. L'annulaire de la main gauche a même présenté une amputation intra-utérine inachevée, qui s'est terminée quelques jours après la naissance. En présence de pareilles lésions, le diagnostic ne doit pas hésiter un instant : nous avons affaire à une enfant atteinte de malformations et d'amputations congénitales. Si on n'accepte pas ce diagnostic, il n'y a plus qu'à confondre les amputations congénitales et l'ainhüm et à déclarer ces deux appellations synonymes.

« M. Pineau nous dit encore que les difformités non seulement ne se sont pas accrues, mais encore, quinze mois plus tard, sont devenues moins apparentes grâce à l'effacement des sillons. Or, le sillon de l'ainhüm étreint de plus en plus l'orteil jusqu'à le séparer complètement.

« Je n'insiste pas davantage sur les différences bien tranchées qui existent entre l'ainhüm et la maladie observée à Château-d'Oléron. Je comprends d'autant mieux la légère confusion de notre confrère, qu'il avoue ne pas connaître l'ainhüm et s'être fondé sur les descriptions de mon ami Guyot, descriptions qui, comme je l'ai dit plus haut, me paraissent se rapporter aux amputations congénitales.

« Cette question intéressante a cependant été déjà soulevée à l'Académie de médecine par M. Lannelongue, qui y a présenté un malade atteint d'un sillon circulaire à la jambe, par M. le professeur Trélat dans ses cliniques de l'hôpital Necker, par mon collègue et ami Fontan dans une étude très complète sur l'ainhüm (*Archives de méd. navale*), et par M. Paul Reclus dans la *Gazette hebdomadaire*.

« Quant à l'étiologie de l'ainhüm, elle est encore très obscure. Tout ce qu'on sait, c'est qu'il se remarque souvent chez les membres d'une même famille. L'influence du « milieu paludéen » n'est pas très vraisemblable, et les observations de Guyot en particulier ont été recueillies chez des Tahitiens, c'est-à-dire dans une île non palustre. Enfin, personne plus que moi n'admire les doctrines de M. Pasteur; mais je crois aussi qu'on les sert mal en les poussant trop loin. Je ne pense donc pas, avec M. Pineau, qu'on puisse attribuer l'ainhüm à un « microbe ». C'est une maladie chirurgicale, bien localisée, la plupart du temps ssns plaie, sans retentissement sur la constitution, et parler du microbe de l'ainhüm me paraît aussi osé que d'émettre l'idée d'un microbe du pied-bot ou du genu valgum. »

Eugène Rochard.
Médecin de 1re classe de la marine.

Académie de médecine, 23 octobre. — L'Académie n'a pas eu de séance aujourd'hui; elle portait le deuil d'un de ses anciens présidents, M. Depaul. Bien qu'on sût généralement que la santé du professeur de clinique obstétricale était depuis quelque temps altérée, la nouvelle de sa mort était inattendue pour beaucoup d'entre nous. M. Depaul a rempli une longue et honorable carrière; après lui viennent de jeunes talents et des renommées déjà consacrées, qui se pressent pour ne pas laisser vides son fauteuil à l'Académie et sa chaire à la Faculté. — L.-G. R.

Périnéphrite chronique.

Présentation faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 22 juin 1883,

Par le docteur J. Guyot, médecin de l'hôpital Beaujon.

Le nommé T... (Ed.), âgé de 33 ans, valet de chambre, entré le 24 février 1883, salle Saint-François, lit n° 23, hôpital Beaujon, service de M. Guyot.

Cet homme raconte que le 18 novembre dernier, en se redressant brusquement pour éviter de tomber sur le parquet où il avait glissé, il éprouve une douleur assez vive dans les reins, et particulièrement à gauche. Il n'en continue pas moins son travail.

Quelques jours après, il se sent mal en train, a de la fièvre, des frissons erratiques, du mal de tête, et surtout de la douleur dans le côté gauche. Elle siège dans le flanc; elle est vive, lancinante, accrue par les mouvements, la respiration, par la moindre pression.

L'appétit est perdu; cependant, ni vomissement, ni diarrhée.

Il n'accuse aucune manifestation thoracique, ni pulmonaire, ni cardiaque.

Quelque temps après, un médecin consulté diagnostique une fièvre typhoïde.

Depuis un mois, les phénomènes douloureux se sont accusés; la région abdominale latérale gauche s'est considérablement tuméfiée; l'amaigrissement a fait de rapides progrès. Des frissons légers, accompagnés de transpirations abondantes, surviennent le soir; l'appétit diminue; la diarrhée manque.

Deux médecins qui voient le malade à quelques jours de distance portent le diagnostic de périnéphrite et insistent sur la médication révulsive locale. Des ventouses scarifiées,

des vésicatoires volants, enfin, deux cautères ont été successivement appliqués sur la région malade. Il entre dans la salle le 24 février.

C'est un homme de forte stature, maintenant bien amaigri. Sa face est pâle et ne s'anime un peu que pendant l'interrogatoire. Son pouls est un peu accéléré, à tension moyenne; les téguments sans chaleur. Il se sent un peu d'appétit et n'accuse aucun trouble du côté des fonctions intestinales.

L'examen de la poitrine, particulièrement des sommets, l'examen du cœur, ne révèlent rien de notable.

Toute sa maladie semble localisée dans le côté gauche de l'abdomen, et c'est sur ce point que le malade attire immédiatement l'attention.

Toute la région latérale, antéro et postéro-latérale de l'abdomen est le siège d'une tuméfaction assez considérable, œdémateuse dans les parties déclives. Les téguments de la région offrent les traces des applications révulsives; deux cautères sont en pleine suppuration. Le palper permet de la délimiter exactement et d'en préciser les principaux caractères. Elle s'étend depuis les fausses côtes de ce côté jusqu'à la crête iliaque qu'elle déborde en avant pour se perdre sur l'arcade de Fallope. Elle donne la sensation d'une nappe d'induration, particulièrement résistante, ligneuse, chondroïde, identique, au niveau des plans musculo-aponévrotiques, à la sensation que fournit le palper de l'os iliaque. L'épine iliaque antérieure est enveloppée dans la tuméfaction, semble triplée de volume. La matité est absolue; elle commence à la sixième côte et offre sur la ligne verticale axillaire prolongée une hauteur de 20 centimètres. La fluctuation manque au point d'élection; elle est d'ailleurs difficile à rechercher en raison des douleurs vives que provoque toute pression. On trouve un certain degré d'apophysialgie rachidienne sur la portion lombaire; aucun point névralgique net.

Il n'existe pas de troubles du côté de l'appareil urinaire. Les urines sont assez abondantes, claires et ne renferment pas traces d'albumine, ni de sucre.

Les antécédents pathologiques héréditaires ou personnels sont à peu près nuls. Ses parents sont morts âgés, son père de la gravelle. Il a deux frères bien portants. Originaire de Suisse, il habite Paris depuis quinze ans. Il n'est entaché d'aucun vice constitutionnel. Ni scrofule ni syphilis. Il n'aurait eu d'autre maladie que du rhumatisme articulaire pendant la guerre.

26 février. Le traitement prescrit consiste en un régime tonique : vin de quinquina; macération de quinquina; 2 grammes d'iodure de potassium; bain tiède. Le soir, la température s'élève à 39°4.

27. T. m., 37°8; T. s., 39°4.

28. T. m., 37°8; T. s. 38°8.

Les jours suivants, la température s'abaisse le soir et oscille entre 37° et 38°.

5 mars. Un nouveau bain, malgré toutes les précautions prises, est suivi d'élévation thermique (38°2) vespérale, seulement pen ant quelques jours. Sulfate de quinine 50 centigrammes.

20. La tumeur du flanc ne subit aucune modification appréciable; elle semble plutôt s'étendre dans la direction de la fosse iliaque. Elle présente la même consistance ligneuse, presque calcaire, et la même sensibilité au palper. L'état général reste le même, assez satisfaisant, De temps à autre, le thermomètre s'élève le soir au-dessus de 33°, mais s'abaisse toujours le matin, près de 37°. Pointes de feu sur la région.

10 avril. Nouvelle application de pointes de feu; 4 grammes d'iodure au lieu de 2.

23. 4 pilules de tartrate ferrico-potassique et extrait de quinquina.

25. T. s., 40°. Grand frisson avec claquement de dents. Céphalalgie, vomissements bilieux.

26. Rougeur érysipélateuse occupant la racine du nez. L'érysipèle s'étend les jours suivants à toute la face et à une partie du cuir chevelu.

Tous les soirs la température oscille autour de 40°. Le matin autour de 38°.

30. Temp. 37°5. T. s., 38°2.

1er mai. Apyrexie complète. La face se desquame.

10. Bains sulfureux tous les deux jours. Potion avec 4 gram. d'extrait mou de quinquina; macération de quinquina. Régime tonique.

20. La tumeur a notablement diminué d'étendue; elle est à peine douloureuse. Le malade commence à se lever quelques heures.

28. L'appétit est impérieux. La nourriture substantielle et choisie. La nutrition cependant est lente et l'embonpoint tarde à se montrer. L'amélioration locale s'accentue de plus en plus.

18 juin. Il demande à quitter l'hôpital pour se rendre aux environs de Paris. A ce

moment l'induration a bien diminué d'étendue, sa limite antérieure répond à une verticale tirée de l'extrémité antérieure de la dernière fausse côte sur la crête iliaque, avec laquelle elle se confond encore en bas. Même consistance calcaire.

Les mouvements sont actuellement faciles, la station verticale, la marche prolongée, la flexion du tronc n'entraînent aucune douleur, aucune gêne.

Diagnostic des bruits organiques et inorganiques du cœur,

Lecture faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 27 mai 1883 (1),

Par le docteur P. Duroziez,

ancien chef de clinique de la Faculté.

Nous observons un fait semblable avec M. Pignot, interne à la Charité.

Bouvier, 18 ans, garçon boucher, salle Saint-Michel, est entré pour un rhumatisme articulaire aigu. Quand nous le voyons pour la première fois, le 17 août 1883, il se lève et n'éprouve plus qu'un peu de raideur; les douleurs ont disparu assez vite sous l'influence du salicylate de soude. Au cou, les bruits sont considérables. Au cœur, on entend partout du souffle au premier temps, vers le deuxième espace gauche, vers la pointe, en haut et en bas du sternum. Au deuxième temps, on entend des bruits vibratoires et du roulement. On entend aussi des claquements. Rien de notable aux jugulaires. En arrière, on n'entend pas de souffle. Le pouls est régulier, assez développé. Le cœur n'est pas gros. Le malade palpite très facilement.

18 août. Maximum du souffle dans le troisième espace gauche contre le sternum. En bas du sternum mêmes bruits qu'au niveau du cou, souffle au premier temps, bruit roulant prolongé chlorotique au deuxième temps. Les bruits sont considérables au niveau du deuxième espace gauche; on entend toujours du bruit. En somme, on entend au niveau du cœur ce qu'on entend au niveau du cou. Le souffle sternal est un peu moins fort qu'hier. Le souffle s'entend partout jusqu'à la pointe, variant avec la respiration, suivant qu'on demande au malade de respirer librement ou de retenir sa respiration. La pointe bat faiblement dans le quatrième espace en dedans du mamelon. Le pouls est régulier. Pas de double souffle crural. Le malade demande à aller à Vincennes.

20 août. Il revient du jardin. Battement très fort du creux épigastrique. *Souffle au deuxième temps très net, creux épigastrique* simulant l'insuffisance aortique. Le malade étant couché, le battement est à peu près nul. Je ne retrouve plus le souffle du deuxième temps. La pointe qui battait dans le cinquième espace, le malade debout, ne bat plus que dans le quatrième, le malade étant couché; on trouve de la résonnance dans le cinquième espace. A la pointe, souffle ronflant au premier temps, peu net à droite. Le bruit chlorotique du deuxième temps au niveau du deuxième espace à gauche a beaucoup diminué. Le bruit jugulaire du deuxième temps est très fort à gauche. On entend les claquements à droite et à gauche.

21 août. Malade examiné debout. Pouls régulier à 120. Battements au niveau du ventricule droit. On sent le cœur dans le cinquième espace. Les claquements s'entendent bien. Pas de souffle. Peu de ronflement au premier temps. Ce qu'on entendait au niveau de l'artère pulmonaire a disparu. Pas de souffle au deuxième temps. Pas de bruit simulant le rétrécissement mitral. Le malade se trouve bien encore un peu énervé.

22 août. Malade debout. Se sent encore faible. Pouls régulier. Bruit jugulaire au deuxième temps. Pas de bruits anormaux notables au cœur. Claquements un peu parcheminés. Pointe dans le cinquième espace, ligne du mamelon. Battements visibles dans le creux épigastrique et le long du cinquième espace.

N'est-ce pas encore un exemple de souffle chlorotique au deuxième temps que nous trouvons dans le cas suivant, et non un bruit extra-cardiaque?

Zœpfel, 22 ans, homme de peine, né dans le Bas-Rhin, entre le 24 septembre 1875, salle Sainte-Jeanne, 47, Hôtel-Dieu, pour une fièvre typhoïde.

6 novembre. Il est convalescent. P. radial 88, dicrote, développé. P. crural, faible, simple; souffle éclatant, facile à produire. P. carotidien impulsif, dicrote. Pour la jugulaire gauche, souffle au deuxième temps. Le cœur est refoulé en haut. Souffle au deuxième temps, considérable, à la fin de l'expiration et au commencement de l'inspiration, entendu tout le long du troisième espace, dans le deuxième et dans le premier,

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 16 et 18 octobre.

en se rapprochant de l'épaule gauche; ayant son maximum dans ces points, mais encore très net tout le long du sternum. Il disparaît quand on fait asseoir le malade.

8 novembre. P. radial, dicrote. Souffle crural sans impulsion de l'artère. Pas d'impulsion de la carotide. Rien de notable au-dessus des clavicules. Pas d'impulsion cardiaque. Sur toute la surface antérieure du poumon gauche, souffle au deuxième temps, surtout à la fin de l'expiration et au commencement de l'inspiration. Dans le creux sous-claviculaire gauche, contre l'épaule, on entend un double souffle constant, peu influencé par les temps de la respiration; le deuxième souffle est plus fort que le premier. En arrière, on n'entend aucun bruit.

11 novembre. Je n'entends que le souffle du deuxième temps, qui a son maximum d'intensité le long du deuxième espace intercostal gauche en avant; à ce niveau, on l'entend pour tous les battements du cœur; au niveau du troisième espace, on entend le souffle plutôt à la fin de l'expiration. Dans la position assise, le souffle diminue. On l'entend au niveau da la partie découverte du cœur, mais moindre. On ne l'entend pas au niveau du poumon droit.

16 novembre. J'examine le malade debout. Le souffle est intense; je l'entends au niveau de la partie du cœur non couverte par le poumon; il n'existe pas au niveau du poumon droit. L'inspiration prend toujours la forme saccadée à droite comme à gauche.

19 novembre. Il part pour Vincennes. Le pouls radial est fréquent, développé, vibrant, dicrote; deux pulsations se pressent au premier temps. Respiration saccadée des deux côtés en avant. A droite, les claquements sont éclatants; peut-être trouverait-on un peu de souffle, mais profond. A gauche, on entend un double souffle très fort, ayant son maximum au niveau des deuxième et troisième espaces intercostaux gauches, mais existant au niveau de la partie du cœur qui est à découvert. On ne l'entend pas au-dessus des clavicules et il diminue au-dessus de l'orifice pulmonaire.

Parfois nous trouvons au niveau des cavités droites un bruit musical continu qui peut en partie être rattaché à l'état chloro-anémique. Dans les deux cas que nous rappelons, il y a une lésion du foie et de l'ascite.

Morlet, 40 ans, couturière, entre le 6 mars 1873, salle Sainte-Paule, 21, hôpital Beaujon, M. Landouzy, interne.

4 avril. A 16 ans, elle a un ictère qui a duré une quinzaine de jours. Réglée à 16 ans, en général bien. Quelques indigestions et quelques syncopes. Jamais elle n'a pu digérer ni la graisse ni les farineux. Son ventre a commencé à grossir vers le mois de décembre ou de janvier. Le 20 février, elle a avalé deux gorgées d'essence minérale, croyant boire de l'eau; elle a vomi du sang immédiatement, mais s'est remise. Elle est restée couchée trois jours, buvant seulement un peu d'eau. Un peu d'ictère à la face le cinquième jour. Les huit jours suivants, le ventre a grossi. Elle s'est décidée à entrer à l'hôpital; elle ne pouvait plus marcher tellement son ventre était gros. Aujourd'hui elle est couchée, étendue; elle préfère avoir la tête un peu haute et reposer sur le côté droit. Elle est pâle; les mains sont décolorées. Battements très remarquables des jugulaires coïncidant avec le pouls radial. Pas de battement précordial notable. P. radial 100, régulier, un peu vibrant, peu développé, non redoublé. P. brachial non redoublé. P. crural non redoublé, vibrant. Au cœur, peu d'impulsion; on ne sent un battement que dans le troisième espace. Le cœur est refoulé par l'ascite. Pas de frémissement. Très peu de matité. Matité normale soit à gauche, soit à droite du sternum. Le cœur est petit. Pas de claquement crural. Au niveau du sternum et un peu à droite vers le troisième espace, bruit continu sibilant remarquable s'étendant tout le long du sternum. En bas du sternum, souffle au premier temps considérable; souffle au deuxième temps, beaucoup moins fort, mais net et accompagnant un deuxième claquement fort. Le souffle du premier temps s'étend à gauche où il a un maximum détaché; le souffle monte vers la clavicule gauche au-dessus de laquelle on ne l'entend plus. Rien de notable pour la respiration.

3 mai. L'ascite a diminué. Le cœur n'est pas gros. Souffle au deuxième temps, considérable, au niveau du cou. Bruit musical veineux vers la partie supérieure du cœur. Pas de souffle aortique au deuxième temps. Deuxième claquement un peu rude et parcheminé. Souffle au premier temps non en jet de vapeur.

14 mai. Pouls veineux. Bruit continu le long du sternum. Souffle au premier temps en bas du sternum et le long de la ligne inférieure du cœur. Souffle au deuxième temps orifice aortique. Rate grosse. Foie non gros. Ascite. Pâleur.

Menu, 43 ans, garçon maçon, né dans la Creuse, entre le 6 septembre 1868, salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 1, hôpital de la Charité et y meurt le 7 octobre.

Cet homme dit n'avoir jamais gardé le lit. Depuis trois mois, son ventre gonfle, il souffre des reins ; l'haleine est courte. Il rapporte sa maladie à ce qu'il a bu trop d'eau ; il faisait la moisson et travaillait de quatre heures du matin à huit heures du soir. Plus faible depuis six semaines, il a ressenti, il y a cinq ou six jours, un premier frisson peu intense, de la céphalalgie, de l'anorexie, des nausées. Nous trouvons de l'ascite, de l'œdème des jambes ; le ventre mesure 102 centimètres à l'ombilic ; les veines sous-cutanées abdominales sont développées. La rate est grosse ; le foie refoulé. Le cœur a son volume normal ; les claquements sont nets ; le pouls à 72 est régulier. On entend depuis le troisième espace intercostal gauche contre le sternum jusque dans le creux épigastrique un bruit continu avec double renforcement, tantôt aigu, tantôt soufflant avec frémissement vibratoire extrêmement fin. La double sibilance existe après chaque expiration ou pendant l'inspiration. On la retrouve dans les vaisseaux du cou et à l'aine. Au niveau de l'ombilic on n'entend qu'un bruit profond mal caractérisé. En arrière on ne perçoit plus rien.

L'autopsie est faite par M. Potain qui ne trouve aucune communication entre la veine porte et la veine cave. Ascite abondante avec adhérences péritonéales disséminées. Rate adhérente de toutes parts. Foie petit, globuleux, profondément caché sous le diaphragme, cirrhosé, ne se laissant pas pénétrer par le doigt, granuleux, fibreux. La veine cave inférieure est dilatée, la veine porte aussi. En arrière du foie, quelques ganglions pouvaient rétrécir le calibre de la veine cave. Les poumons sont congestionnés. Le cœur n'est pas hypertrophié. La bicuspide est un peu épaissie, granulée.

Il y a des états intermédiaires entre l'état physiologique et l'état pathologique, l'état sénile, par exemple, où la chloro-anémie peut se manifester par des bruits d'une forme et d'une intensité différentes de celles qu'on rencontre dans le jeune âge. Ne peut-il pas se faire que le cœur plus gros et les artères plus dilatées donnent naissance à des souffles qui prendront facilement l'intensité des souffles organiques? Faut-il dans ce cas accuser les athéromes, la dureté des parois ou bien le changement de diamètre des organes? De plus, le souffle ne peut-il pas prendre un rhythme particulier, le dédoublement, tout en gardant cette particularité chloro-anémique, d'être exactement fermé par le deuxième claquement? Marey admet que la diminution plus ou moins grande de l'élasticité artérielle crée nécessairement au devant du cœur un obstacle qui rend ses contractions plus pénibles. Nous pensons que non seulement le souffle peut être plus facilement formé et plus intense, mais encore qu'il peut avoir un rhythme particulier que nous représentons par « ppaffoutt », c'est-à-dire qu'on entend le premier claquement, un souffle segmenté et enfin le deuxième claquement. Le souffle est devenu tremblant, sénile. Nous l'avons rencontré chez des gens ayant dépassé cinquante ans, chloro-anémiques et plus ou moins athéromateux. Ce souffle s'entend sur toute la surface du cœur avec des maxima qui varient à la pointe, à la base, à l'épigastre, vers l'artère pulmonaire. Il est difficile de lui assigner un siège qui soit toujours le même. Nous n'en faisons pas un souffle mitral parce qu'il n'a pas le rhythme du souffle en jet de vapeur. Que de fois ne nous est-il pas arrivé de trouver des valvules parfois tout à fait saines, parfois simplement douteuses, là où nous avions trouvé pendant la vie des bruits de toutes sortes exagérés par l'hypertrophie et la dilatation des cœurs séniles. Il faut se méfier de la chloro-anémie des vieillards tout autant que de celle des jeunes, quand il s'agit de l'interprétation des bruits dus à une complication de chloro-anémie et d'état athéromateux de l'aorte.

Conclusions, — Les bruits du deuxième temps peuvent être d'origine chloro-anémique et prendre des timbres et des formes variés.

Le bruit chloro-anémique du premier temps peut être perçu à la pointe comme à la base, et diffère du bruit de l'insuffisance auriculo-ventriculaire en ce qu'il n'a pas la forme du souffle en jet de vapeur, et en ce qu'il est fermé par le deuxième claquement. Le souffle en jet de vapeur d'insuffisance est comme à cheval sur les deux temps, superficiel et à contre-

mesure avec le premier et le deuxième claquement. Le souffle chloro-anémique est nettement au premier temps.

Chez les individus athéromataux et chez les gens âgés, le bruit chloro-anémique devient dicrote et forme plateau; on entend un double souffle au premier temps, fermé par le deuxième claquement.

Les Conseils de salubrité du département du Nord.

Il est en honneur et en usage parmi certains écrivains de décréter chaque jour la déchéance des institutions d'hygiène publique de notre pays. Et cependant, ici comme ailleurs, leur valeur dépend surtout de celle des hommes qui les dirigent, assurent leur durée ou affirment leur grandeur. Le *Rapport de M. Arnould sur les travaux du Conseil de salubrité et des Conseils d'arrondissement du département du Nord en 1882*, témoigne encore une fois des services rendus par des institutions depuis lontemps existantes, quand elles sont sous l'autorité d'hommes ardents pour le bien public et pour la science.

Dans ce livre officiel de cinq cents pages, les rapports des membres du Conseil *de l'arrondissement de Lille* faisant fonction de *Comité central du département*, occupent les deux tiers du volume, c'est dire quelle est l'ampleur et la variété des travaux, ainsi que le nombre des affaires soumises à ses membres éminents, les docteurs Pilat, Joire, Hallez, Thiébaut, Vannebrouck et Cazeneuve, l'honoré doyen de la Faculté lilloise, ainsi que MM. les pharmaciens Garreau, Delezenne et Meurein.

Dans son travail sur les *épidémies du département* en 1882, M. Pilat expose les difficultés qu'il éprouve à réunir les éléments de ce travail. Cette plainte qui est celle de nombreux médecins des épidémies, provient de ce que les médecins se désintéressent trop de ces questions. Malgré des lacunes inévitables, ce rapport, marqué au bon coin de l'observation clinique, est un document précieux.

Il en est de même du mémoire de M. Meurein sur la *salubrité du département du Nord*, qui, en sa qualité d'inspecteur de la salubrité du département du Nord, surveille les infractions aux mesures sanitaires, et a doté le département d'un service météorologique important. Il faut encore signaler les excellents mémoires de M. Pollet sur l'*industrie des cuirs frais; les épizooties; l'introduction du charbon dans les troupeaux du pays et sa propagation par les eaux de lavage des laines*; ceux de MM. Thibaut et Pilat sur les *engrais et les vidanges;* de MM. Arnould et Thibaut sur les *fonderies de suifs, la fabrication des couleurs d'aniline, les blanchisseries de soie et de coton, les brasseries et les altérations des eaux d'Emmerin.* Dans une importante discussion sur l'insalubrité de la Deûle, petite rivière contaminée par de nombreuses industries riveraines, la commission a reconnu et prouvé que malgré les défauts de la législation actuelle on peut, en procédant avec ténacité et persévérance, obtenir des résultats hygiéniques importants. Avis donc devrait en être donné aux administrations qui excusent leur indifférence par une prétendue impuissance de la loi.

Dans l'*arrondissement d'Avesnes*, les affaires soumises au Conseil d'hygiène étaient moins nombreuses; ici la contrée est plus agricole qu'industrielle; néanmoins nos distingués confrères, les docteurs Herbecq, Mouronval, Malard, Marquis et Desmazures, ainsi que MM. les pharmaciens Mariscal, Lamelin, Lemoyne et Raux, ont cependant encore été appelés à examiner soixante-trois affaires; parmi lesquelles un savant rapport de MM. Marquis, Lemoyne et Flament, rapport qui enseigne avec quelle prudence ces commissions doivent toujours reviser les dossiers fournis par les parties en instance d'autorisation d'établissements insalubres.

Dans le *Conseil de salubrité de l'arrondissement de Cambrai* dout font partie MM. les docteurs Delbarre, Brunel, Robert et Fimal et MM. les pharmaciens Genez et Dupoutre, on a étudié avec une aussi grande ardeur les conditions d'hygiène des *immeubles destinés aux écoles et à la crèche du Cateau.* Ici l'administration communale a trouvé un appui précieux dans l'avis des membres du Conseil d'hygiène, ce qui a été tout profit pour elle et tout honneur pour nos confrères de Cambrai.

Dans le *Conseil des arrondissements de Douai et de Dunkerque*, l'activité n'est pas moindre. Les docteurs Laigniez, Pollet, Bagneris, Watille et MM. les pharmaciens Lemaire et Frey, dans le premier; les docteurs Lemaire, Deswarte, Dieu, Duriau, Blanckaert et les pharmaciens Goube d'Anzin et Vaneste, dans le second, ont adressé de sages avis à l'administration pour la mettre en garde contre les dépôts de boues et d'immondices si nombreux dans les environs des villes du Nord, et pour lui inspirer de prudentes instructions, trop souvent méconnues, relativement aux dangers d'insalubrité des *fosses à fumier* et à l'*enfouissement des matières putrescibles*.

Les membres du *Conseil de l'arrondissement* d'*Hazebrouck* sont nos distingués confrères les docteurs SMAGGHE, PASCALIN, DECOOL, BINAUT et DELEBECQ et MM. les pharmaciens LESAGE et SNYDERS. Trois d'entre eux dans un rapport justement sévère sur *l'inspection des pharmacies*, signalent l'exercice illégal de la pharmacie par des religieuses qui est encore toléré dans ce département; il en est de même des fraudes alimentaires qui s'y exercent sur une large échelle et avec impunité. Dans leur mémoire, MM. DECOOL, PASCALIN et de BAECKER montrent une sage fermeté et une ténacité auxquelles on doit rendre d'autant plus justice que l'administration fait preuve d'une tolérance singulière en faveur de ceux qui transgressent ouvertement la loi. De plus, les intéressants mémoires de M. DECOOL sur la *vaccination* et sur les *épidémies*, montrent bien que le Comité d'hygiène d'Hazebrouck n'est pas le moins zélé des Conseils de salubrité du département du Nord.

Enfin, devant le *Conseil de Valenciennes*, les questions discutées avec talent par MM. les docteurs MARBOTIN, BARA, DEVENY, MANOUVRIEZ et MM. les pharmaciens HORMIS et PERSIGNOT ont surtout pour sujet l'hygiène industrielle. Les procès-verbaux des séances constituent, à coup sûr, d'importants documents pour l'histoire des maladies professionnelles et des industries insalubres de la région : fabriques d'agglomérés, lavoirs à charbon, etc.

Le rapport général de M. Arnould, déjà si riche par ces documents, emprunte encore une grande valeur à l'autorité scientifique de l'éminent professeur d'hygiène de Lille qui en a colligé les éléments. De plus, cette activité laborieuse de nos savants confrères du département du Nord, témoigne bien que, malgré les imperfections de nos institutions d'hygiène, l'organisation actuelle peut, en attendant des réformes toujours ajournées, rendre encore d'utiles services à l'humanité quand elle possède pour auxiliaires des hommes de bien et de réelle science comme les membres du Corps médical dont nous venons de citer les noms qui honorent notre profession. — C. E.

JOURNAL DES JOURNAUX

Revue des Journaux italiens.

Altération du sang dans l'infection paludéenne, par M. le professeur E. MARCHIAFAVA et M. le docteur CELLI, de Rome. — Les globules rouges des malades atteints de la malaria présentent, au dire des auteurs, pendant les accès de fièvre, des corpuscules que le bleu de méthylène colore et qui dans leur forme primitive ressemblent à s'y méprendre à des micrococchi.

Nos confrères ont aussi constaté que la formation du pigment dans la mélanémie est le résultat de la conversion de l'hémoglobine en mélanine dès qu'apparaissent les corpuscules dont nous parlions plus haut. Cette altération dûment constatée pourra donc constituer un critérium certain pour le diagnostic de certaines fièvres douteuses et recevra ainsi une intéressante application pratique. (*Gazz. degli ospitali*, n° 66.)

Hydronéphrose, — Extirpation du rein, par M. le professeur D'ANTONA. (In : *Supplemento alla Gazz. degli ospitali*, p. 52.) — C'est la seconde opération de ce genre exécutée à Naples par M. le professeur D'Antona; le succès a de nouveau répondu aux efforts du chirurgien. Il s'agissait d'une hydronéphrose datant de plusieurs années. L'opération fut pratiquée par la voie abdominale d'après le procédé classique, avec le drainage lombaire et le pansement de Lister. Le rein renfermait environ dix litres de liquide et à lui seul pesait 1,200 grammes. Aucun incident n'a entravé les suites de cette belle opération.

Les injections d'eau dans le péritoine, par M. le professeur Alb. RIVA. (*Gazz. degli ospitali*, n° 73.) — En ce temps d'épidémie cholérique menaçante, il est bon de connaître les expériences qui ont été faites dans le but de remédier à la perte aqueuse que subit le sang dans cette terrible intoxication, et qui constitue pour bien des médecins le danger e plus grand de la maladie. Tous les moyens de remédier à cette déperdition ont été ou nuls, ou insuffisants; les injections d'eau tiède légèrement salée, introduites lentement dans la cavité abdominale, ont montré à M. le professeur Riva la parfaite tolérance de la séreuse et la rapidité d'absorption du liquide au moins chez les animaux. En serait-il de même chez l'homme, dans les conditions de dépression où ce moyen pourrait être mis en usage? C'est ce que l'auteur n'a pas dit dans son travail, mais on peut l'espérer.

La doctrine des microbes appliquée à la dermatologie et à la syphilographie. — Leçon du 10 avril 1883 de M. Pietro GAMBERINI (*Bullet. delle scienze mediche*, numéro de juin, p. 361). — La doctrine du parasitisme et des microbes, qui envahit de plus en plus la pathologie

médico-chirurgicale, avait un champ trop beau en dermatologie et syphiligraphie pour ne pas tenter quelques cultivateurs élémentaires en quête de nouveautés. M. le professeur Gamberini a réagi contre la tendance de l'école actuelle, tout en laissant encore une part bien belle aux infiniment petits et qui pourrait leur suffire. C'est d'une façon magistrale que le professeur a fait l'historique de la question microbienne et celle des miasmes. Passant ensuite aux diverses maladies de la peau, exanthèmes et autres, il a rappelé avec clarté les grandes découvertes que la science a enregistrées depuis plusieurs années dans les recherches faites sur la variole, la scarlatine, la rougeole, le pemphygus, la lèpre, les dermatoses de la malaria, l'érysipèle, le charbon, le psoriasis, le clou de Biskra, le pithyriasis, l'eczéma, la teigne, enfin dans la blennorrhagie et dans les différentes modalités de la syphilis; il a rendu ainsi hommage aux savants qui se sont consacrés à ces études.

C'est avec une sage réserve que le maître a accueilli tous les microbes prétendus spécifiques de telle ou telle affection; il se repose sur l'avenir pour juger ces découvertes, et rappelle avec justesse que la science microbienne n'est encore qu'à l'état embryonnaire et qu'il faut savoir attendre avant de se prononcer dans une aussi délicate question.

Trois lettres inédites d'illustres anatomistes du XVe *siècle, Arantius, Cananus, Falloppe,* par M. le professeur A. CORRADI. (In : *Annali universali di medicina e chirurgia*; août.) — Les infatigables recherches historiques du savant recteur de l'Université de Pavie ont déjà rendu à la science et à la vérité de très grands services; les lettres que les *Annales de médecine et de chirurgie* viennent de publier présentent sous un jour particulier les hommes de valeur dont l'Italie est fière à plus d'un titre. Nous ne pouvons que signaler ces précieux documents et regrettons vivement que le cadre de cette revue ne nous en permette pas le commentaire.

MILLOT-CARPENTIER.

De l'os intermaxillaire chez l'homme et de sa signification anthropologique. — Dans la séance de la section d'anthropologie du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, le 20 août, une discussion s'est élevée sur ce sujet entre MM. Albrecht (de Bruxelles), Magitot (de Paris) et Kollmann (de Berne).

Dans une communication appuyée sur de nombreuses pièces anatomiques, M. Albrecht a démontré que l'intermaxillaire chez l'homme et les mammifères, au lieu de se composer d'un os pair et symétrique, est formé de deux pièces osseuses de chaque côté, de sorte qu'il y aurait en réalité deux intermaxillaires internes et deux intermaxillaires externes. Le même anatomiste établit en outre que le bec-de-lièvre consiste invariablement dans une division qui passe non point entre l'intermaxillaire et le maxillaire, mais entre les deux pièces du premier. Il résulte de là que dans le bec-de-lièvre double avec projection du bourgeon médian, les deux pièces externes de l'intermaxillaire restent attachées à chacun des os maxillaires tandis que les deux pièces internes ferment le bourgeon médian.

Quant aux dents que portent ces diverses parties osseuses, elles se composent tantôt de quatre incisives, tantôt de six, et dans le dernier cas qui est assez fréquent, M. Albrecht voit la trace des ancêtres de l'homme qui aurait été pourvu de six incisives dont le nombre serait par voie de descendance, réduit à quatre.

Cette communication a provoqué une réplique de M. Magitot qui, par des préparations et des moulages de sa collection personnelle, en arrive à une confirmation complète de la théorie des quatre os intermaxillaires. Quant à la valeur transformiste attribuée à l'existence de six incisives, M. Magitot refuse de s'y rallier. Ses raisons sont de nature embryogénique. Il ressort en effet des recherches de Kolliker, Waldeyer, Kollmann et des sciences propres, que les follicules dentaires sont une émanation d'un corps particulier, de nature épithéliale, dont l'évolution *précède et commande* toute formation osseuse des mâchoires. L'existence de pièces surnuméraires dans l'appareil de l'homme ou d'un mammifère quelconque n'est donc pas subordonnée à telle ou telle disposition anormale des maxillaires. L'augmentation numérique des incisives existe sans aucune malformation des mâchoires, de sorte que si dans le bec-de-lièvre double avec saillie du bourgeon, on trouve tantôt quatre, tantôt six incisives, cela n'explique pas que la différence soit due à la difformité osseuse. On pourrait même, tout au contraire, suivant M. Magitot, inférer, d'après les faits embryogéniques, que la formation osseuse a été dans une certaine mesure influencée par une anomalie préalable dans l'évolution folliculaire.

M. Kollmann, dans la part qu'il prend à cette discussion, tout en reconnaissant l'exactitude des données embryogéniques fournies par M. Magitot, penche cependant

vers la théorie de M. Albrecht. Il reconnaît, avec M. Magitot, que la présence de six incisives chez l'homme, regardée par M. Albrecht comme un fait réversif d'une haute importance, ne se retrouve normalement chez aucune espèce animale voisine de l'homme. Les singes, même les plus inférieurs, ne présentent jamais en effet cette formule de *six* incisives. — H. P.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 octobre 1883. — Présidence de M. HARDY.

M. le ministre de l'intérieur transmet un exemplaire du rapport qui vient d'être publié sur la statistique de l'émigration de l'année 1878 à l'année 1881.

La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de Mme veuve Alexis Moreau par laquelle, suivant les derniers désirs exprimés par son mari, elle offre à l'Académie le grand atlas de Hunter, un portrait du professeur Moreau père, une épreuve du portrait de Lapeyronnie, fondateur de l'Académie de chirurgie, et une boîte d'instruments ayant appartenu à Evrat et à Moreau père. Des remercîments seront adressés, au nom de l'Académie, à Mme veuve Alexis Moreau.

M. le docteur Liégey (de Choisy-le-Roi) se porte candidat au titre de membre correspondant.

M. le docteur BADAL (de Bordeaux) adresse un mémoire sur le traitement du glaucome par l'arrachement du nerf nasal externe (présenté en séance par M. Giraud-Teulon. Com. MM. Perrin et Giraud-Teulon).

M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente une note de M. Lailler sur la poudre de lin inaltérable pour la confection des cataplasmes.

M. Mathias DUVAL présente, au nom de M. le docteur Gellé, l'article *Mutité et Surdi-mutité* extrait du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

M. Jules GUÉRIN dépose sur le bureau des documents pour servir à l'histoire de l'inoculation de la variole humaine aux animaux. Ces documents, extraits de l'*Histoire de la vaccine* par le docteur Steimbenner, montrent qu'il y a fort longtemps qu'on a tenté cette inoculation en vue de prouver que la vaccine humaine n'est que le résultat de cette transmission.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la nouvelle de la perte regrettable qu'elle vient de faire dans la personne de M. Depaul, l'un de ses membres les plus distingués et l'un de ses anciens présidents, enlevé en trois jours par une fluxion de poitrine, dans sa propriété de Morlaas près Pau (Basses-Pyrénées). M. le Président croit devoir, en cette circonstance, se faire l'interprète des sentiments de la Compagnie auprès de la famille de M. Depaul.

M. Depaul ayant été président de l'Académie, la séance est levée, suivant l'usage, en signe de deuil. Il est trois heures et demie.

BIBLIOTHÈQUE

REMARQUES SUR L'HYDROPHOBIE. — *Remarks on hydrophobia*, par Charles W. DULLE, Surgical Register to the Hospital of the University of Pensylvania ; 1883.

Voici une brochure digne d'être lue par tous ceux qui s'intéressent au problème pathologique de l'étiologie et de la nature de l'hydrophobie. La Société médicale de Philadelphie avait mis à son ordre du jour la discussion des théories récentes de cette maladie, et le docteur Dulle, chargé d'ouvrir ce débat en exposant l'état de la question, fait preuve d'une érudition vraiment magistrale. Cette tâche n'était pas aisée, car la bibliographie de l'hydrophobie est une des plus encombrées de *brochures*, de *mémoires*, de *considérations*, de *thèses*, de *questions*, de *traités*, de *dissertations*, etc., etc., c'est-à-dire de travaux dont un grand nombre sont loin d'avoir pour base une sévère critique ou une sage observation. On peut en juger par ce fait : en 1808, l'ouvrage intitulé *Litte-*

ratura medica digesta de Ploucquet, renferme soixante-quatre colonnes d'indications bibliographiques relatives à l'hydrophobie ! Qu'en serait-il aujourd'hui en colligeant le titre de tous les écrits, anciens ou modernes, ayant trait à cette affection ?

De la discussion qui suivit la lecture de M. Dulle, et à laquelle prirent part les membres distingués de la Société de Philadelphie, parmi lesquels nous citerons MM. Bartholow, Dercum, Blackwood, Witting, Steward, Mills, Moon, O. Hard, tous observateurs de talent, on peut conclure que la théorie de la spécificité virulente de l'hydrophobie fait de nombreux partisans au delà de l'Atlantique. Quelque discutables que soient les expériences du laboratoire de l'Université de Philadelphie, elles ne confirment pas moins les travaux de l'école française moderne et montrent qu'avec MM. Pasteur et Bouley l'étude expérimentale et clinique de cette maladie a fait un grand pas dans l'opinion médicale. Certes l'explication des cas de rage tardive, de transmission de l'homme à l'homme, n'est pas toujours absolument satisfaisante, mais des discussions comme celles dont il est ici question, et surtout de savants mémoires comme celui de M. Dulle, contribuent efficacement à faire la lumière. C'est là un des motifs pour lesquels les futurs historiens de cette maladie devront consulter et liront avec avantage la brochure actuelle. Elle témoigne à la fois du sage esprit critique de son auteur et des fructueux travaux cliniques de ses compatriotes et de ses collègues de Philadelphie.

Ch. ELOY.

FORMULAIRE

POUDRE CONTRE LE PRURIT. — Anderson.

Oxyde de zinc.	15 grammes.
Camphre pulv.	6 —
Amidon pulv.	30 —

On réduit le camphre en poudre impalpable et on le mélange avec soin avec les autres substances, dont les proportions peuvent varier suivant les indications à remplir. — On saupoudre légèrement la région qui est le siège du prurit ou bien on dépose de la poudre sur un gâteau de charpie, que l'on maintient en place avec un bandage approprié. — N. G.

COURRIER

BIBLIOTHÈQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — D'un rapport, pour l'année scolaire 1882-1883, adressé à l'Administration par M. le docteur A. Chereau, touchant le service de la bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris, nous extrayons les passages suivants qui pourront intéresser nos lecteurs :

Le nombre des *ouvrages* actuellement inscrits sur le registre d'entrée ou inventaire est de 23,249, ce qui peut représenter environ 60,000 *volumes*.

Dans ce nombre n'est pas compris un stock considérable de brochures formant ce qu'on appelle les mélanges, les collections.

Pendant les neuf mois représentant la vie active de la Faculté, la bibliothèque a reçu 76,093 lecteurs, et a donné en communication 137,979 volumes.

Ce qui représente une moyenne quotidienne de 355.60 lecteurs, et 650,038 volumes communiqués.

Le catalogue *par auteurs* est depuis longtemps à jour.

Le catalogue *par matières* sera terminé dans quelques mois. Il est conçu sur un plan qui rendra faciles les recherches bibliographiques.

On a abandonné l'idée d'un catalogue *systématique* ou *scientifique*, et l'on s'est contenté d'un catalogue purement *alphabétique*, un véritable *Dictionnaire*, dans lequel toute personne étrangère aux questions qui se rattachent à l'étude du Livre trouvera aisément les ouvrages inhérents à son genre particulier d'étude.

LE CHARLATANISME EN AMÉRIQUE. — Aux Etats-Unis, le charlatanisme brille sous ses formes les plus variées. Aussi, est-il question d'édicter une loi contre le charlatanisme en matière de médecine. Pour démontrer la nécessité d'une réglementation légale, le *Record* publie une lettre d'un village de l'Etat d'Illinois (Farina), relatant ce fait qu'un soi-disant « spécialiste » s'intitulant le docteur Pickett, a passé dans le village vendant des

« Guides du mariage, etc., etc. » et donné des conférences particulières pour hommes et pour femmes, séparément. Dans la dernière de ses conférences, ledit Pickett a offert en vente une recette ou un appareil pour empêcher la conception. (*Progrès médical.*)

Les jeunes convalescentes. — L'administration municipale vient d'accorder une subvention de 1,500 francs à une œuvre des plus utiles, celle des jeunes convalescentes. Son but est la fondation, à la campagne, d'une maison de convalescence où sont admises gratuitement, pendant le temps nécessaire à la consolidation de leur santé, les jeunes filles sortant des hôpitaux de Paris qui, à la suite d'une maladie grave, ont besoin du grand air. Cette maison qui, à son début, ne possédait que seize lits, dispose actuellement d'un nombre de quatre-vingts.

Statistique des malades dans les hôpitaux. — Une statistique qui offre quelques chiffres curieux est celle qui a trait au mouvement des malades dans les hôpitaux de France.

Voici quelques résultats intéressants de cette enquête :

Il y a eu l'année dernière 422,932 malades traités dans les hôpitaux de toute la France. Sur ce nombre, 376,526 sont sortis guéris ; il n'en restait que 46,406 à la fin de l'année.

L'année courante paraît devoir en faire entrer environ 400 à 410,000, ce qui est le chiffre moyen des entrées par année depuis dix ans.

En général, on a constaté que la proportion des malades traités est de 90 par 10,000 habitants ; mais cette proportion concerne la province ; à Paris, le chiffre est beaucoup plus élevé. On a constaté que, dans les hôpitaux parisiens, il y a une proportion de 400 malades traités par 10,000 habitants.

Pour l'ensemble de la Franee, la durée moyenne du traitement à l'hôpital a été l'année dernière de 35 jours et demi.

Pour Paris cette durée n'est que de 29 jours.

Si l'on classe les malades par catégories, on trouve que la durée moyenne du traitement a été, pour la France entière, de 31 jours pour les hommes, 40 jours pour les femmes et 48 jours pour les enfants.

Au point de vue de l'issue du traitement, on a reconnu qu'il y avait 78 p. 100 de guéris par rapport aux malades en traitement et 9 p. 100 de décès.

Il y a donc en moyenne 9 fois plus de guérisons que de décès.

Ce sont les hommes qui présentent la plus forte proportion de guérisons et les enfants la plus faible. A ce point de vue, en effet, on a calculé que la proportion des guérisons a été de 80 p. 100 pour les hommes, 75 p. 100 pour les femmes et 74 p. 100 pour les enfants.

Société de médecine de Paris. — Séance du 27 octobre 1883. — 1. Rapport de la commission sur le prix Duparcque ; M. Thevenot, rapporteur. — 2. M. le docteur Loison (de Brunoy) : Un cas de chylurie. — 3. M. Charpentier : Variole bénigne ; injection sous-cutanée d'éther ; paralysie consécutive du membre inférieur droit. — 4. Communications diverses.

Le Cosmos-les-Mondes, revue hebdomadaire des sciences et de l'industrie, vient de commencer la publication d'un VOYAGE AU TONKIN, accompli, il y a plus de *deux cents ans*, par le célèbre voyageur *Jean-Baptiste* Tavernier. Cette relation est accompagnée de nombreuses planches tirées à part, représentant les magnifiques gravures en taille-douce de l'édition du temps. On trouve dans ce travail, qui joint au mérite de l'ancienneté celui d'une grande exactitude, les plus curieux détails sur les mœurs et les coutumes d'un pays qui appelle en ce moment toute notre attention. Pour recevoir les quatre numéros qui contiennent le récit de ce voyage, envoyer un mandat-poste de trois francs à M. le Directeur de *Cosmos-les-Mondes*, 49, rue de Grenelle, Paris.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

REVUE CRITIQUE DE MÉDECINE

Les érythèmes noueux et papuleux.

Le culte des idées générales est une des caractéristiques de l'esprit médical moderne. Ce fut d'ailleurs toujours un des attributs du génie français, et un Bazin devait naître chez nous plutôt qu'ailleurs.

En médecine, aujourd'hui, il n'y a plus guère de petite question : telle affection, qui semblait de prime abord bien limitée et toute spéciale, se trouve bientôt un champ ouvert aux controverses doctrinales les plus élevées. C'est le cas des érythèmes noueux et papuleux.

Ce point de dermatologie, dont Trousseau disait que les auteurs antérieurs à lui semblent n'en faire mention que pour mémoire et dont l'histoire toute entière se résumait de son temps en un très court chapitre, est devenu du nôtre un problème extrêmement complexe dont la solution est du ressort de la pathologie générale.

I

Chez certains sujets, d'ordinaire encore jeunes, on peut voir apparaître des nodosités rouges, chaudes, dures et douloureuses, disséminées avec quelque symétrie sur les deux jambes et la face dorsale des pieds. Cette éruption est précédée ou accompagnée d'un malaise général, qui s'explique par un état saburral des voies digestives et un mouvement fébrile modéré. Très souvent on constate en même temps des douleurs qui siègent au niveau des jointures ou dans la continuité des membres. Au bout de quelques jours les nodosités sont devenues au centre d'une teinte violacée, à laquelle succède la gamme des colorations qui caractérisent la régression des ecchymoses.

D'autres personnes voient en quelques heures la face dorsale des mains

FEUILLETON

CAUSERIES

Il semblait reconnu, d'un accord unanime, que la future école du service de santé militaire ne pût être nulle part mieux installée qu'à Lyon. Ce choix était indiqué, presque imposé, par l'importance des avantages matériels offerts par la ville autant que par la renommée de sa Faculté et de ses hôpitaux.

On sait pourtant qu'un décret du 1er octobre a institué, au lieu d'une école unique à Lyon, deux Ecoles préparatoires du service de santé militaire, l'une à Nancy, l'autre à Bordeaux.

Le dommage n'est pas grand. Les ressources de l'enseignement médical, bien plus considérables à Lyon que dans les deux villes désignées, seront plus facilement mises à profit par des élèves moins nombreux. C'est l'argument visé avec raison dans le rapport annexé au décret.

On peut espérer en outre que les nouvelles Ecoles concilieront heureusement ce goût de l'indépendance, que puisent les jeunes gens dans les études médicales, au dire du même rapport, avec l'esprit militaire et les exigences de la discipline.

Il n'est pas contestable que le recrutement et la bonne composition du corps de santé militaire réclamaient absolument l'existence des Ecoles préparatoires, que le décret du 1er octobre vient de rétablir.

Mais s'il est hors de doute que les Facultés de Nancy et de Bordeaux soient à même

et des avant-bras ou quelques parties du visage devenir le siège d'une éruption de taches rouges, peu saillantes, qui pâlissent sous la pression du doigt, déterminent une sensation parfois très intense de prurit ou de picotements et disparaissent assez rapidement sans que la santé générale ait été à peine troublée.

Voici une autre catégorie de malades. En même temps que les éruptions cutanées évoluaient, se sont montrés des signes morbides généraux inquiétants, une fièvre ardente, des douleurs articulaires d'une grande intensité, les symptômes d'une phlegmasie viscérale, endocardite ou péricardite, pleurésie ou pneumonie ; certains de ces malades succombent.

Erythème noueux, érythème papuleux, tel est le diagnostic dans les trois cas, — érythèmes bénins dans les deux premières catégories de malades, graves dans la dernière.

Mais quelle est donc la nature de ces singuliers états morbides qui, présentant comme caractère commun une lésion cutanée de faible importance par son étendue, sa profondeur et sa durée, ont tantôt si peu d'influence sur la santé générale qu'ils méritent à peine le nom de maladie, tantôt s'accompagnent d'un retentissant cortège de symptômes généraux et peuvent tuer même.

Cet érythème noueux n'est-il, comme on l'a dit, qu'une dermatite contusiforme ? Cet érythème papuleux n'est-il qu'une hyperémie localisée sur quelques centimètres de peau ? N'y a-t-il pas derrière ces altérations cutanées quelque influence plus haute et plus générale ? C'est ce que nous devons examiner, en passant en revue de nombreuses publications.

II

L'école dermatologique de Vienne, qui a fait de l'anatomie pathologique sa préoccupation presque exclusive, ne s'embarrasse pas de longues méditations sur la nature des érythèmes noueux et papuleux.

Hebra, prenant pour base le caractère commun d'un grand nombre de manifestations cutanées érythémateuses, l'hyperémie avec exsudation, les a confondues sous la rubrique d'*érythème polymorphe* ou d'érythème *exsudatif multiforme*, quelle que fût la variété de leurs aspects morphologiques (ce qui a été considéré avec raison comme un progrès au point de vue spécial de la nomenclature dermatologique), — mais sans se préoccuper des

---

de former des médecins militaires également instruits, par contre, au point de vue de l'esprit et des traditions du corps de santé, une seule Ecole eût peut-être mieux valu.

La séparation des élèves et leur différence d'origine nuiront à la camaraderie et à l'homogénéité du corps de santé. La preuve en est dans la solidarité qui relie entre eux tous les anciens élèves de l'Ecole de Strasbourg, et ne saurait exister au même degré entre les futurs médecins militaires qui seront, par moitié, complètement étrangers les uns aux autres. De ce côté, la nouvelle organisation ne remédie qu'imparfaitement au grave inconvénient du recrutement actuel, d'incorporer dans la médecine militaire des officiers ne se connaissant pas, et arrivant dans l'armée sans aucun esprit de corps.

A Strasbourg, le séjour de quatre années dans la même Ecole, et le partage des mêmes études, des mêmes péripéties de la vie d'étudiant, établissaient entre tous les élèves un fonds commun de souvenirs, que tous les médecins militaires de cette époque se plaisent à évoquer aujourd'hui dans leurs rencontres, et qui établissent un trait d'union entre eux tous. La consistance du corps de santé ne sera plus la même quand ses membres seront issus de deux Ecoles et de deux Facultés différentes. Car on ne peut compter, pour effacer cette dualité d'origine, sur l'année de stage au Val-de-Grâce, pendant laquelle les jeunes docteurs se mêlent et se connaissent peu, chacun tirant de son côté dans la mêlée parisienne.

Les futurs médecins-élèves de Nancy et de Bordeaux auront, sur leurs anciens de Strasbourg, un avantage qui est une heureuse innovation dans le fonctionnement des Ecoles; c'est le casernement moins étroit, la liberté relative dont ils jouiront depuis la quatorzième inscription jusqu'à leur réception au doctorat. L'internat prolongé dans toute sa rigueur pendant quatre ans, comme à Strasbourg, était vraiment pénible, et

autres troubles de la santé concomitants (ce qui n'est rationnel ni au point de vue vraiment scientifique de la nosologie générale, ni au point de vue pratique du pronostic et de la thérapeutique).

Ecoutez plutôt Kaposi, gendre et disciple de Hebra : « En dehors des phénomènes objectifs, je n'ai pas à signaler de symptômes subjectifs dignes d'attention; quelquefois une légère sensation de cuisson,... parfois des douleurs réelles dans les articulations des doigts, du poignet, aux malléoles (1). » Pourtant il parlera un peu plus loin de l'intensité possible des phénomènes concomitants et des complications, troubles gastriques, fièvre intense, symptômes de dépression nerveuse, et phlegmasies viscérales mortelles. Il faut avouer que voilà un cortège bien bruyant pour une simple hyperémie cutanée, et l'on aurait lieu d'être surpris si on ne savait que les auteurs allemands décrivent la rougeole, la scarlatine et la variole dans les traités de dermatologie.

Notre Trousseau n'était-il pas plus médecin, écrivant ceci ? « A proprement parler, malgré le titre générique sous lequel on le désigne, et que je lui conserve faute d'une meilleure dénomination, l'érythème noueux n'est pas plus une variété de l'érythème que la variole n'est une variété de l'ecthyma, bien que, considérée isolément, la pustule variolique ressemble souvent à s'y méprendre à une pustule d'ecthyma. L'érythème noueux est une maladie à part, spécifique; celle-ci, à côté de ses manifestations locales, présente aussi un ensemble de symptômes généraux, qui ne sont pas plus sous la dépendance de l'affection locale de la peau que la fièvre de la variole ou de la rougeole n'est sous la dépendance de l'éruption. »

Ainsi, avec l'école française, la question s'élargit et s'élève. L'érythème noueux, l'érythème papuleux sont des manifestations d'un état morbide général, tout le monde paraît l'admettre en France.

Toutefois, le problème, mieux posé, n'est pas encore résolu, ou du moins plusieurs solutions en ont été offertes. — Est-ce une même influence pathogénique qui peut créer alternativement ou simultanément ces deux formes d'érythème? — Si cet état morbide est un, est-il diathésique, spontanément engendré dans l'organisme? — Est-il d'origine extérieure, infectieuse peut-être, spécifique en tout cas?

(1) *Leçons sur les maladies de la peau,* traduites et annotées par E. Besnier et Doyon.

---

son atténuation par un peu de liberté, à la fin des études, fera supporter plus facilement le régime militaire à des jeunes gens, toujours avides d'émancipation. On aurait même pu étendre davantage cet allègement, et le faire commencer avant la quatorzième inscription; pourquoi le casernement absolu ne cesserait-il pas pour les élèves après la seconde année d'études, c'est-à-dire après la moitié du temps de séjour à l'Ecole?

L'essentiel n'est pas de mener les élèves tout à fait militairement pendant toute leur scolarité; il est plus important de les attirer dans les nouvelles Ecoles, de leur en ouvrir les portes par la perspective de quelques adoucissements pendant le temps qu'ils auront à y passer, et qui est juste le double du temps que l'on passe dans toutes les autres Ecoles du gouvernement. Car il n'est pas douteux que l'internat a été et sera toujours une des causes qui diminueront l'empressement des futurs médecins à se présenter aux Ecoles du service de santé militaire, alors que, d'un autre côté, ils se sentent attirés vers la médecine civile précisément par les charmes de la liberté.

Il est possible d'ailleurs de concilier les exigences de l'internat et les nécessités de la discipline avec un régime très supportable pour les élèves. Il suffira, pour cela, que la surveillance et le commandement se dépouillent de certaines façons tracassières qui ont laissé des impressions durables à tous les anciens élèves de Strasbourg. Un de nos confrères de la presse médicale écrivait ces jours-ci qu'il appartiendra aux directeurs, et surtout aux sous-directeurs des nouvelles Ecoles, de se souvenir du passé. Tous les intéressés ont saisi à mots couverts cette allusion à une sorte de fureur de discipline et de punitions qui sévissait dans les dernières années de l'Ecole de Strasbourg, et qu'il serait fâcheux de voir recommencer.

III

L'érythème papuleux et l'érythème noueux sont-ils des MANIFESTATIONS CUTANÉES DU RHUMATISME?

Bouillaud, dans son *Traité clinique du rhumatisme articulaire,* donnait déjà plusieurs observations où cette affection coïncidait avec l'érythème noueux et ne méconnaissait pas leurs connexions. Rayer signalait l'érythème papuleux chez les rhumatisants. Lorsque Schönlein, en Allemagne, pensant décrire une maladie nouvelle, eut emprunté le nom de *péliose rhumatismale*, sous lequel Alibert avait décrit l'hémorrhagie interstitielle de la peau (1), Duriau et Max. Legrand démontrèrent que la péliose de Schönlein ne différait pas de l'affection décrite en France sous le nom d'érythème noueux rhumatismal (2).

Pour Bazin, l'érythème noueux fait partie des arthritides pseudo-exanthématiques érythémateuses; l'érythème papuleux est une arthritide sèche érythémateuse.

M. E. Besnier s'exprime très nettement dans ce sens (3). Ce sont des affections identiques, des *dermopathies rhumatismales;* des formes, différentes comme aspect objectif, de l'érythème qui accompagne si souvent le rhumatisme articulaire aigu; — la plus habituelle étant la forme papuleuse, la forme noueuse, la moins commune, — bien que celle-ci puisse « être considérée comme le type des pseudo-exanthèmes accompagnés de manifestations rhumatoïdes ou rhumatismales, suivant la remarque très judicieuse de M. Siredey. »

M. Siredey (4) a exposé, en effet, avec une grande précision, les arguments que lui ont suggérés certains faits cliniques en faveur de la nature vraiment rhumatismale, et non pas seulemenl rhumatoïde, des arthropathies de l'érythème noueux : l'influence de l'hérédité, les antécédents pathologiques, l'apparition spontanée des fluxions articulaires, la courte durée et la mobilité de la rougeur, du gonflement et de l'épanchement articulaires, l'endocardite enfin.

(1) Bazin. *Affections de nature arthritique et dartreuse*, p. 99.
(2) *Revue de médecine,* février 1858.
(3) *Annales de dermatologie,* 1876-77.
(4) *Annales de dermatologie,* 1870-71.

Il est d'autres moyens d'inculquer aux jeunes gens les sentiments militaires dont ils doivent être animés, et dont se préoccupe avec grande raison le rapport ministériel. Ce n'est pas en les initiant à la vie militaire exclusivement dans ce qu'elle a de pénible pour eux, casernement, obéissance, punitions, qu'on leur en donnera un avant-goût attrayant; c'est plutôt en leur faisant connaître et comprendre la place qui les attend, le rôle qui leur est réservé, l'importance de leur mission, que l'on préviendra chez eux ces velléités de scepticisme, d'insoumission qui sont de leur âge et dont on ne saurait leur faire un crime.

Aussi l'instruction militaire qui figure dans le programme des nouvelles Ecoles mérite-t-elle de devenir une branche importante de l'enseignement, à condition qu'on ne l'interprète pas comme une énumération aride des lois, règlements et circulaires; je voudrais que cet enseignement fût un peu comme les leçons de choses, aujourd'hui si fort en honneur pour les enfants, et qu'il se proposât surtout de faire entrevoir aux élèves les côtés pratiques et même terre-à-terre de leur future existence, sans craindre de descendre aux plus petits détails. Le professeur qui, par expérience, raconterait à ses élèves comment ils devront faire la visite dans leurs régiments, le bon accueil qui les attend de la part de leurs égaux et de leurs supérieurs, les règles de leur conduite dans les principales éventualités de leur carrière, celui-là serait certainement mieux écouté et rendrait plus de services que par les plus savants commentaires sur la loi du 2 novembre 1833.

Rien de semblable ne se faisait à l'Ecole de Strasbourg, et c'était une lacune, qui laissait germer dans quelques têtes des idées absolument fausses sur l'armée et les choses militaires en général. Et cependant les élèves étaient entourés d'un nombreux

Mais il ne suffit pas de montrer la coïncidence de l'érythème noueux et du rhumatisme vrai; il faut prouver que l'éruption et l'arthrite sont de nature identique et subordonnées l'une et l'autre à la diathèse rhumatismale. « Que penserait-on du médecin qui verrait une simple coïncidence entre l'éruption de la rougeole et l'inflammation des muqueuses oculaire, nasale, pharyngo-laryngée, trachéale et bronchique? — Qui pourrait croire à une simple succession d'états morbides différents entre l'angine primordiale, l'éruption de la scarlatine et l'albuminurie consécutive? — Faudrait-il aussi n'admettre qu'une simple coïncidence entre le rhumatisme articulaire et l'inflammation des séreuses du cœur? Dès lors, comment peut-on se refuser à admettre que l'érythème noueux, survenant chez des sujets prédisposés au rhumatisme, coïncide ou alterne avec des arthrites compliquées d'endocardite, sans que cette éruption ait une connexion intime, une parenté étroite et une identité absolue de nature avec le rhumatisme?..... D'ailleurs, l'érythème noueux se fait par poussées successives, de même que le rhumatisme envahit les articulations une à une, et successivement. — Les premières plaques apparues entrent en résolution quand d'autres surgissent, comme une jointure vivement affectée devient moins douloureuse quand une autre est envahie. — L'éruption se fait sur les membres, et elle est surtout confluente au niveau des jointures, qui sont le siège de prédilection du rhumatisme. — Enfin, malgré le volume et la dureté, qui font parfois ressembler à l'anthrax les nouures de l'érythème, ces noyaux ne suppurent pas, et, comme les épanchements articulaires du rhumatisme franc, ils entrent en résolution complète. »

Trousseau n'était pas éloigné de la doctrine de Bazin en ce qui concerne les connexions des érythèmes noueux et papuleux avec le rhumatisme. Il s'exprime toutefois avec peu de netteté en ce qui concerne les analogies réciproques de ces deux variétés d'érythème ; ainsi, après avoir déclaré qu'ils diffèrent assez pour constituer deux espèces, que l'érythème noueux est généralement bénin, tandis que l'érythème papuleux lui est apparu souvent comme une affection grave, il ajoute « qu'on n'observe jamais d'érythème noueux sans papules assez nombreuses et que quelquefois on trouve de véritables nouures dans l'érythème papuleux (1) ».

(1) *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. I.

état-major de surveillants et de répétiteurs, qui tous connaissaient bien le métier, et en quelques heures de conférences ou de conversations auraient facilement mis au point l'esprit des élèves.

*
* *

Telles qu'elles existent et vont bientôt fonctionner, les nouvelles Écoles préparatoires du service de santé militaire devraient attirer de nombreux candidats aux concours d'admission. Les élèves n'y trouveront pas, il est vrai, les ineffables jouissances qui se distillent dans les brasseries du *Boul.-Mich.* et lieux environnants; mais, à des points de vue plus graves, ils auront à tenir compte des sérieuses compensations qui leur sont assurées pour l'avenir.

La médecine militaire me paraît présenter surtout ce côté intéressant et recommandable, que c'est une sorte de médecine d'Etat, dans laquelle le médecin est dégagé de toute relation d'intérêt avec son malade. Cette façon indépendante et désintéressée de dispenser notre savoir et notre activité n'est point sans charmes, bien au contraire, et l'on ne peut contester que ce soit une des formes les plus dignes de notre profession.

A ceux que tentent les chances de la clientèle, de la consultation et des accouchements, à ceux-là, la médecine militaire n'offrira pas un débouché suffisant. Mais ceux qui se sentiront le goût de la médecine et de la science pour elles-mêmes ne peuvent choisir une carrière plus remplie de satisfactions.

Tout un ensemble de mesures récemment promulguées, et dont on ne saurait trop louer la libéralité et l'heureux agencement, a restitué aux médecins militaires français la part d'attributions qu'ils revendiquaient depuis longtemps. Ils sont aujourd'hui aussi

La coexistence possible et même fréquente des deux formes d'érythème est un fait certain; d'ailleurs elle s'explique, puisque « la nodosité dépend souvent, d'une manière exclusive, du siège de l'érythème aux membres inférieurs et particulièrement aux jambes où la faculté d'œdématie est portée à un haut degré. Il n'est rien d'aussi ordinaire que de voir l'érythème, assez plat aux membres supérieurs ou autour du genou, devenir tout à fait noueux dans les régions tibiales (1) ».

Pourtant certains auteurs sont d'avis qu'il faut séparer nettement l'érythème papuleux du noueux. M. Fabre (de Commentry) pense que le premier fait partie de l'érythème multiforme ou maladie de Hebra, tandis que le second doit être rattaché à la péliose rhumatismale de Schönlein (2).

IV

Les érythèmes noueux et papuleux sont-ils des AFFECTIONS SPÉCIALES *distinctes du rhumatisme?* C'est l'opinion de M. le professeur Hardy.

D'après lui, les phénomènes articulaires manquant dans plus de la moitié des cas, quand il y a coexistence d'érythème papuleux et de rhumatisme, le premier doit être considéré comme la maladie principale dont le rhumatisme n'est qu'une complication. A propos de l'érythème noueux, M. Hardy répète « que les phénomènes rhumatismaux ne sont pas assez constants ni même assez communs pour qu'on voie en eux autre chose qu'une complication, semblable à celle qu'on rencontre si souvent dans la scarlatine (3) ».

Mais quelle serait alors la nature de cette maladie spécifique qui n'est pas le rhumatisme? Elle serait *voisine des fièvres éruptives*, d'après les travaux les plus récents.

Du moins il y aurait lieu d'établir des catégories dans les faits cliniques. Ainsi M. Talamon, exposant les idées de M. le professeur G. Sée, pense qu'on doit absolument séparer l'érythème noueux de l'érythème papuleux. Ce dernier paraît nettement de nature rhumatismale, ainsi peut-être que certains cas hybrides d'érythèmes papulo-noueux « dont le diagnostic fort

(1) Note des traducteurs de Kaposi, t. I, p. 379.

(2) *Gazette médicale de Paris, 1882.*

(3) Article *Erythèmes* du *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques.*

---

bien partagés que leurs collègues des armées étrangères, vis-à-vis desquels ils étaient restés trop longtemps dans une infériorité non justifiée. Ils peuvent, dès les premiers grades, et dans toutes les garnisons, être pourvus d'un service d'hôpital. Leur situation dans l'armée est encore relevée par la sympathie et l'estime qui leur sont acquises partout; et si le prestige du commandement peut sembler enviable à quelques-uns, le prestige du savoir et du dévoûment est apprécié aussi à sa juste valeur. La gloire des combattants sur les champs de bataille est une gloire intermittente et passagère; les services rendus par les médecins militaires sont de tous les instants, et tous redeviennent égaux devant le hasard des champs de bataille; l'action soi-disant neutralisante de la Convention de Genève y perd ses droits.

Souhaitons donc que la jeunesse studieuse s'empresse pour remplir les Ecoles de médecine militaire; c'est un conseil, intéressé peut-être, mais sûrement avantageux, et que nul ne regrettera jamais d'avoir suivi.

*
* *

Dans le même décret du 1er octobre dernier, un chapitre concerne particulièrement l'Ecole d'application du Val-de-Grâce, pour y introduire quelques modifications peu importantes.

Il y a peu de chose à dire de l'article qui décide que la durée du professorat sera limitée à dix ans. Cette disposition, qui n'est pas une nouveauté, a provoqué des louanges de certains côtés, et d'autres sans doute quelque émotion; louanges et émotions peuvent s'apaiser, l'article en question ne sera jamais appliqué.

Il en est un qui ne figure pas dans le décret, et qui y serait pourtant bien à sa place,

délicat avec l'érythème noueux serait plutôt affaire de sentiment que de raisonnement » (1).

Parmi les érythèmes noueux, il faudrait encore distinguer deux formes, l'une apyrétique, bénigne, peut-être rhumatismale; l'autre fébrile, grave par ses complications, notamment par des phlegmasies pleuro-pulmonaires.

M. Rondot (2) a étudié avec soin l'*érythème noueux fébrile*; il insiste sur les caractères de la fièvre, des douleurs, des localisations viscérales, sur les papules qui envahissent parfois les muqueuses, la conjonctive notamment ; enfin sur l'anémie et la leucocythose très prononcée qu'il a observée dans plusieurs cas.

Tantôt la *fièvre* évolue *rapidement*; l'élévation thermique devance l'éruption, persiste plusieurs jours et s'éteint par des oscillations régulières; les poussées éruptives ultérieures sont précédées parfois d'une ascension vespérale.

Tantôt la fièvre se prolonge avec les caractères d'une *continuité* véritable, sans que les complications viscérales en soient seules les causes, et les tracés se rapprochent de ceux de la fièvre typhoïde.

Les *manifestations douloureuses* sont le plus souvent liées à l'apparition des plaques cutanées, qui, siégeant au niveau des jointures, déterminent des *douleurs périarticulaires* qu'on a tort d'attribuer alors au rhumatisme. Il existe aussi des *arthralgies* et des *douleurs tendineuses*, probablement dues à des poussées d'érythème vers les synoviales, poussées généralement trop bénignes pour causer de la rougeur et du gonflement comparables aux fluxions mobiles du rhumatisme. Les *douleurs névralgiques* se montrent également dans les membres inférieurs sur les portions des téguments respectées par l'érythème. Cette *hyperalgésie* résiste habituellement à l'administration des préparations salicylées.

Parmi les *complications*, l'*endocardite* serait la plus fréquente; puis viennent la pleurésie, la bronchite, la pneumonie, la péricardite et l'*albuminurie*. L'altération du sang se traduit souvent par une *anémie* avec *leucocythose* prononcée.

En ce qui concerne les relations entre l'endocardite et des lésions cuta-

(1) *Progrès médical, 1883.*

(2) *L'érythème noueux fébrile et ses complications, 1883.*

---

celui qui édicterait que les médecins stagiaires, pendant toute leur année du Val-de-Grâce, suivront tous les matins les cliniques ou les visites des hôpitaux de Paris.

Voilà une Ecole d'application, c'est-à-dire de perfectionnement, qui reçoit de jeunes docteurs instruits et reçus dans des Facultés de province; cette Ecole est établie à Paris, et pendant l'année qu'ils y passent, les stagiaires ne profiteraient en rien des ressources de Paris, ce milieu médical unique au monde! Ne semble-t-il pas qu'il y ait là quelque chose qui choque le bon sens? Sans déprécier en rien les cliniques du Val-de-Grâce, dont la valeur est assurée, on peut néanmoins affirmer qu'elles sont moins variées, moins nourries, moins productives pour l'enseignement que le moindre service d'un hôpital quelconque de Paris.

Pour bien se rendre compte de tout ce qu'on voit et de tout ce qu'on apprend dans les hôpitaux de Paris, il suffit de calculer par la pensée tout ce que l'on saurait de moins si on ne les avait jamais fréquentés. C'est, je le répète, une École sans égale et il serait injuste que le bienfait en fût refusé aux stagiaires du Val-de-Grâce, eux qui arrivent à Paris précisément à une phase de leur instruction médicale où ils tireraient le meilleur parti de leur assiduité dans les hôpitaux. Tout y concourt à une somme d'acquisitions que rien ne remplace, et qui laisse son empreinte sur la pratique et les travaux de toute la vie; on en conserve comme le souvenir d'un spectacle lumineux, les détails recueillis dans cette atmosphère restent présents à l'esprit et nous éclairent encore, longtemps après, au milieu des obscurités de notre art.

Les hôpitaux sont assez nombreux à Paris pour que les stagiaires du Val-de-Grâce puissent y être répartis sans encombrer aucun service. Un roulement à établir leur ferait voir dans leur année différents services, et dans chacun d'eux ils auraient la certitude

nées, certains auteurs avaient supposé que ces dernières étaient des foyers emboliques d'origine valvulaire, soit que l'embolie agît par elle seule et mécaniquement (Bohn), soit qu'elle déterminât par sa nature septique une affection des capillaires de la peau (Zuckholdt et Odier). L'évolution absolument indépendante des phénomènes cardiaques et cutanés ruine cette théorie trop ingénieuse. Il paraît plus naturel de faire dépendre la manifestation cardiaque du même *état général* qui détermine les arthropathies. Cet état serait d'*ordre infectieux*, et les arthropathies assimilables aux autres *pseudo-rhumatismes* décrits par M. le professeur Bouchard dans tant de maladies nettement infectieuses, érysipèle, puerpéralité, scarlatine, variole, blennorrhagie.

C'est à la même conclusion qu'arrivent MM. Sée et Talamon, avec cette différence que, d'après les observations recueillies par eux, la *pleurésie* serait la complication la plus fréquente. « L'érythème noueux est une *fièvre spécifique* analogue aux fièvres éruptives. Bénigne le plus souvent, cette fièvre peut se compliquer d'accidents du côté de l'appareil respiratoire, pleurésie surtout, parfois aussi broncho-pneumonie. Cette pleurésie n'aurait pas, en général, de caractères spéciaux; pourtant, dans une autopsie, on a noté le développement en plaques ou foyers successifs et distincts, l'épaisseur anormale et l'abondance de l'exsudat fibrineux, la faible quantité de liquide épanché. Les complications pleuro-pulmonaires relèvent directement du principe spécifique de la maladie comme l'érythème lui-même; d'un pronostic bénin d'ordinaire, elles peuvent cependant, par exception, entraîner la mort. »

Quelle que soit la solution définitive que l'avenir apporte au problème intéressant soulevé par la nature des érythèmes papuleux et noueux, il est intéressant de constater que cette question met en présence les deux grands courants qui dominent de nos jours de plus en plus l'étiologie générale des maladies, les diathèses et les états infectieux, l'arthritisme et le microbe.

Paul Le Gendre.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

—

Egypte. — Depuis plusieurs jours, on signale de nouveau des cas de choléra à Alexan-

d'être initiés par autant de maîtres. Et les matinées que le Val-de-Grâce abandonnerait généreusement aux stagiaires, au profit des hôpitaux de Paris, seraient un bon placement, d'un excellent revenu. Il leur resterait assez d'heures dans la journée pour les matières constituant l'enseignement spécial d'une École d'application de médecine militaire.

A. L.

Concours. — M. le professeur Alphonse de Candolle ouvre un concours pour la meilleure monographie d'un genre ou d'une famille de plantes.

L'auteur du mémoire primé recevra un prix de 500 francs. Les manuscrits écrits en latin, français, allemand, anglais ou italien devront être adressés à M. le professeur A. de Candolle, à Genève, avant le 1er octobre 1884.

Recrutement du personnel médical. — En exécution de l'arrêté préfectoral en date du 15 février 1879, approuvé le 20 du même mois par M. le ministre de l'Intérieur, qui règle le mode de recrutement du personnel médical attaché au service du traitement à domicile, le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du Xe arrondissement que, le dimanche 28 octobre 1883, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin.

Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

— A partir du 1er novembre, la clinique des maladies du larynx et du nez, du docteur Cartaz, ancien interne des hôpitaux, sera ouverte les mardis et samedis, à 9 heures 1/2, 29, rue des Petits-Carreaux.

drie où l'épidémie paraissait éteinte. Cinq Européens, dont un seul a succombé, et un assez grand nombre d'indigènes, ont été atteints aussi; d'après les dernières dépêches, l'émigration se renouvelle et la panique est vive.

Depuis trois jours, on a constaté 16 décès cholériques dans la ville : 3 le 22, 4 le 23 et 9 le 24 octobre. Il existe toujours un foyer épidémique dans la Haute-Egypte, où on compte des décès cholériques à Esneh et Keneh.

En présence de cette réapparition du choléra sur les côtes de la Méditerranée, le gouvernement ottoman vient de rétablir, à l'égard des provenances d'Egypte, les mesures de prophylaxie. A Marseille, le Conseil de santé continue de mettre en quarantaine d'observation les navires venant d'Alexandrie. Ces mesures sont d'autant plus légitimes qu'on peut redouter la persistance du choléra durant tout l'hiver et une violente explosion au printemps prochain. Le delta du Nil n'offre-t-il pas, par ses conditions telluriques et hygiéniques ainsi que par l'état social de ses habitants, un milieu favorable à l'acclimatation de la maladie. — C. E.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES DES DÉPARTEMENTS

Les travaux de la Société méd'cale de l'Yonne en 1882

Le 21 août 1844, quelques médecins du département de l'Yonne, hommes de progrès et d'initiative, se réunissaient pour fonder une Société médicale et la doter des statuts qui aujourd'hui encore témoignent de leur sagesse et de leur prévoyance. Plus durable que maintes chartes politiques, cette modeste constitution conserve sa primitive vigueur, après une épreuve de trente-neuf années, et possède aujourd'hui pour adhérents une nombreuse cohorte de médecins, de pharmaciens et de vétérinaires, c'est-à-dire de personnalités appartenant aux trois branches de l'art de guérir. Les statuts de la Société médicale de l'Yonne étaient bien inspirés par un véritable esprit de libéralisme, et ce concours de savants, voués à des études diverses, a été favorable au développement de l'Association alors naissante.

Depuis, sa renommée a franchi les limites du département, et, par l'assiduité de ses membres titulaires et par leur laborieuse activité, cette savante Association est devenue un centre scientifique important. De hauts dignitaires de la médecine contemporaine s'associent à ses travaux, et, parmi ses membres, elle compte des chirurgiens éminents : MM. Desormeaux, Larrey et Léon Labbé; des médecins de renom : MM. Bergeron, Nonat, Henri Huchard, Delasiauve; ainsi que des professeurs émérites : MM. Cornil, Bouchardat, Peter, Soulier (de Lyon) et Chauveau. Enfin elle a conféré l'honorariat à des représentants autorisés de la science française, tels que MM. Pasteur, Bert et Bouley; de sorte que si le titre et le but de cett Société étaient primitivement modestes, sa renommée est devenue universelle dans le monde des travailleurs.

De plus, autre témoignage de sa vitalité, la liste de ses membres comprend le quart au moins des médecins habitant dans le département de l'Yonne. Est-il beaucoup d'Associations départementales qui soient l'objet d'une telle faveur? C'est que, au témoignage de son distingué secrétaire général, M. Duché, ses réunions trimestrielles sont toujours trop courtes. On a dû en augmenter la durée pour permettre l'épuisement d'ordres du jour bien remplis. Ses membres, disséminés sur les différents points du département, s'y rendent en nombre, et cette organisation mériterait d'être imitée par les Sociétés qui ailleurs sont ses émules. De telles réunions sont, en effet, un puissant moyen de défendre les intérêts scientifiques et professionnels du corps médical; là surtout où, comme dans les campagnes, le médecin est trop souvent livré à l'isolement et à ses propres forces.

Toutes les questions de pratique médicale y sont étudiées suivant les occasions et les besoins du moment. La pathologie médicale et chirurgicale, l'hygiène et la thérapeutique font donc l'objet des discussions de nos distingués confrères, comme on peut s'en convaincre par la lecture des bulletins de l'année 1882. Ce volume, le vingt-troisième de la collection, ne le cède en rien aux précédents par la multiplicité et l'importance des travaux qu'il renferme. L'ensemble de ces bulletins est une collection de documents pleins d'intérêt pour le médecin praticien.

De plus, ces travaux ont souvent le mérite de l'actualité. C'est ainsi que, dans le département de l'Yonne, la pathogénie microbique des maladies a fourni à M. Thierry, en 1882, la matière de communications *sur la morve et les affections charbonneuses*. Les observations confirment et vérifient les découvertes de M. Pasteur. Elles prennent donc place à côté des faits constatés dans le laboratoire de l'Ecole normale, et sont de celles dont on doit tenir bon compte pour l'histoire des maladies à bactéries.

Voici d'ailleurs une autre preuve de l'utilité de réunir dans de telles Sociétés des membres des diverses professions ayant l'art de guérir pour objet. M. CROCHOT signale une *enzootie* typhoïde. Qu'il s'agisse, dans l'espèce, comme le dit cet observateur, d'une affection typhoïde du cheval, le doute n'est guère possible; qu'on en fasse l'analogue de la dothiénentérie de l'homme, ici les hésitations sont plus légitimes, et on a quelque raison d'approuver les objections de M. JOSSIN contre cette hypothèse. Néanmoins, dans l'un et l'autre cas, la pathologie comparée et la pathologie humaine viennent ici en aide l'une à l'autre.

Relativement à ce sujet général de l'étiologie des maladies infectieuses, l'épidémie meurtrière de la *fièvre typhoïde d'Auxerre en 1882* a été l'occasion des lectures de MM. DIONIS DES CARRIÈRES, SOUPLET et DUTERQUE, et d'une note de M. ROCHÉ sur l'*épidémie* de même nature du village de *Fontaines*. Malgré les discussions que soulevèrent ces communications, l'étiologie de l'épidémie d'Auxerre est encore obscure. Doit-on, avec M. THIERRY, incriminer les mouvements de terrains nécessités par la canalisation du gaz et s'appuyer sur le témoignage de M. SOUPLET, qui établit une analogie entre l'épidémie de 1882 et celle de 1852, qui coïncida avec des fouilles semblables? M. DUJUST ne le croit pas, et M. FORESTIER remarque qu'il existait déjà dans la ville des cas typhoïdes avant le début des travaux. Un autre membre de la Société, M. CHEVANNE, fait profession d'éclectisme et admet l'influence de multiples facteurs pathogéniques. Enfin, voici une remarque de M. POPULUS. Cette remarque, tout à l'honneur de sa sagacité d'observateur, apporte un nouvel élément de discussion : peu de temps, dit-il, avant l'épidémie auxerroise, le docteur HOUDÉ a soigné un typhique dont l'habitation était contiguë à la source Naudin, qui alimente la distribution d'eau de la ville. Si les causes telluriques peuvent être invoquées, il faut donc aussi, avec M. POPULUS, noter l'influence pathogénique de la pollution des eaux potables. Tenant compte de ces facteurs pathogéniques divers, M. DUCHÉ a montré l'importance des conditions hygiéniques dans la prophylaxie de ces épidémies et réveillé l'attention des médecins sur ce point trop oublié par les partisans exclusifs des doctrines microbiques.

L'étiologie de l'épidémie d'Auxerre n'est donc pas nettement établie et ces inconnues seraient moins nombreuses si l'Administration du département avait pris soin de convoquer le Conseil d'hygiène de l'arrondissement. Il n'en a pas été ainsi et la Société médicale de l'Yonne a fait œuvre d'énergie en protestant contre une telle négligence qui, en tout autre pays que le nôtre, engagerait manifestement la responsabilité des pouvoirs publics.

Si l'épidémiologie est en faveur auprès de nos estimés confrères, la médecine mentale possède aussi parmi eux un infatigable représentant, M ROUSSEAU, dont les mémoires *sur l'aphasie dans ses rapports avec l'aliénation mentale* et les observations de *narcolepsie dans l'épilepsie et la démence*, ont pris place dans les meilleurs travaux de l'année sur les psychopathies. Il en est de même de la *relation médico-légale de l'assassinat de Mezilles*, dont l'auteur est M. ROCHÉ qui avait étudié, avec MM. DIONIS et BASILE, l'état mental de l'inculpé.

Dans un domaine voisin, celui des névroses, M. Henri HUCHARD a fait une lecture sur l'*état mental des hystériques*. Il établit dans ce mémoire un parallèle de l'état psychique des alcooliques avec la neurataxie et la neurasthénie des hystériques. Mais ce travail a déjà été l'objet d'appréciations dans l'*Union Médicale*; il n'y a donc pas lieu d'y insister plus longuement, sinon pour remarquer la faveur avec laquelle il a été écouté par les membres éminents de la Société de l'Yonne, entre autres par MM. ROUSSEAU et FORESTIER.

En chirurgie, ce même volume renferme deux mémoires qui mériteront l'attention du lecteur, autant qu'ils ont su fixer celle des auditeurs. Dans le premier, M. DUTERQUE expose, résume et discute les travaux récents sur le *pansement de Lister*. A l'érudition d'un écrivain de talent, il a adjoint la critique toujours audacieuse d'un praticien expérimenté. Le second, relatif au *catarrhe vésical chez un enfant de dix mois*, fournit à M. DIONIS, son auteur, de savantes considérations cliniques, et à la Société une discussion un peu sommaire peut-être, les uns attribuant l'aspect des urines à des phosphates et les autres le considérant comme produit par des mucosités.

Une question professionnelle a été soulevée par M. DRONI au milieu de ces débats scientifiques. Les arguments par lesquels notre confrère préconise l'établissement des *syndicats médicaux*, ne sont peut-être pas très nouveaux. Mis en avant par tous les partisans de ces syndicats, ils n'ont pas triomphé définitivement des hésitations de la Société médicale de l'Yonne, qui a préféré, avant d'en juger la valeur, s'en remettre à une commission d'étude composée de MM. POPULUS, DUCHÉ, HOUDÉ, FORESTIER et PIED. Ce parti était celui de l'impartialité et de la sagesse, cette proposition étant de celles qui

divisent le plus l'opinion médicale et soulèvent de graves questions de déontologie et d'intérêts professionnels.

Ce court aperçu des actes de cette Société pendant l'année 1882 justifie la haute estime de ses travaux et la légitime autorité de ses membres. *L'Union Médicale* aura à coup sûr encore l'occasion de lui rendre justice et de constater le rang élevé qu'elle a su dignement acquérir parmi ses savantes émules des autres départements français.

Ch. Eloy.

VARIÉTÉS

Les Sociétés de salubrité en Angleterre.

De toutes les villes du monde, c'est New-York qui possède le meilleur système d'ambulances urbaines. — Dans chaque établissement hospitalier, il existe en permanence le matériel et le personnel nécessaires pour une ou plusieurs ambulances volantes; c'est ainsi qu'à l'hôpital de Bellevue, huit ambulances sont mobilisables à toute heure du jour et de la nuit.

Chacune d'elles a pour circonscription le quartier que dessert l'hôpital, et communique télégraphiquement avec les postes de police. De plus, elle possède, en matériel et en personnel, tous les moyens propres à répondre dès la première alarme. Cette organisation ressemble donc, au point de vue matériel, au service de signalement des incendies.

A Boston, il existe trois ambulances semblables, l'une dépendant de l'hôpital de la ville, l'autre du service de la police municipale. La première est stationnée à l'hôpital, et les deux autres sont placées aux extrémités nord et sud de la ville. Elles sont spécialement affectées au transport des blessés à l'hôpital. Un chirurgien les accompagne, et, d'après M. le docteur Villard, qui a longuement étudié cette organisation, elles transportent annuellement cinq à six cents blessés dans les établissements hospitaliers.

L'hôpital de Massachusets possède une ambulance urbaine dont les services peuvent être requis par tout agent de police, médecin ou autre personne ayant qualité. A l'hôpital de la Marine, un matériel semblable rend, au besoin, les mêmes services pour le transport des malades à l'hôpital ou pour leur évacuation. A l'hôpital des Varioleux, le Bureau sanitaire entretient une ambulance spécialement affectée au transport des varioleux.

Philadelphie est dotée, depuis le mois d'avril dernier, d'un service semblable; de sorte que les grandes cités américaines auront précédé les villes de France dans la création de cette institution humanitaire.

On n'a pas oublié que l'un de nos sympathiques confrères, M. Mac Cormack, avait demandé au Conseil municipal de prendre cette initiative. Il ne paraît pas que la question ait été mise à l'étude bien sérieusement. Ce que nos édiles ne trouvent pas le loisir de faire, les autres municipalités l'exécutent rapidement, et ces retards nc sont guère à l'honneur de nos pouvoirs publics. — C. E.

FORMULAIRE

Traitement du delirium tremens. — Ball et Chambard.

Pour les malades jeunes et robustes, exempts de signes de dégénérescence héréditaire, les vins généreux de Bagnols, Xérès, Malaga à doses modérées, les injections sous-cutanées d'opium (0 gr. 05 d'extrait dissous dans la glycérine) soutiennent les forces, et calment l'agitation. Lorsqu'ils sont faibles, fils d'alcooliques, ou lorsqu'ils sont atteints d'affections cardiaques et pulmonaires qui retardent l'élimination du toxique qui les imprègne, on cherche à régulariser la circulation au moyen de la digitale. On essaie de calmer le délire par les opiacés, de relever les forces par les toniques et les stimulants diffusibles, tels que le quinquina, l'alcool à doses très modérées, et les préparations ammoniacales. — Enfin quand le *delirium tremens* est fébrile, et accompagné d'un état général typhoïde, on renonce entièrement aux narcotiques, pour ne recourir qu'au traitement tonique. Aux aliments de digestion facile on joint, à titre d'adjuvants, le quinquina, l'acool, et si l'agitation est très vive, les antispasmodiques, tels que le camphre, le musc et l'éther. — N. G.

COURRIER

Souscription en l'honneur de Thuillier. — Le ministre du commerce va faire verser une somme de 500 francs à la souscription ouverte en l'honneur de Thuillier. Il a également décidé que les frais de translation des restes du jeune savant d'Alexandrie en France seraient supportés par le budget du département du commerce. Il a prié son collègue des affaires étrangères d'inviter le consul de France à solliciter du gouvernement égyptien l'autorisation indispensable et à prendre toutes les dispositions nécessaires en vue de cette translation.

Nécrologie. — Philippe Pacini, le célèbre anatomiste italien, est mort à Florence, le 9 juillet. C'est lui qui, à l'âge de 23 ans, a découvert « une forme particulière de corpuscules globuleux du corps humain », les corpuscules de Pacini.

— Nous apprenons également la mort de M. le docteur Cuvillier, de Beaumetz-les-Cambrai (Pas-de-Calais).

— Le docteur Follet, de Poix (Somme), vient de mourir après avoir exercé la médecine pendant soixante ans.

— Par arrêté ministériel, en date du 18 octobre 1883, la décoration du Mérite agricole a été conférée à M. Mégnin, vétérinaire en premier au 12e d'artillerie, à Vincennes, auteur de travaux nombreux et importants sur la zootechnie, les animaux nuisibles à l'agriculture et les animaux domestiques.

Statistique de la folie (suite). — Nous donnions dernièrement les principaux résultats de la statistique de la folie, qui vient d'être dressée. Voici quelques détails complémentaires qui intéresseront le lecteur.

On a recherché quelle était la durée du traitement des fous guéris, et voici à quels résultats on est arrivé pour la période des cinq dernières années :

Un mois au plus.	91 0/0
Un à trois mois	25 0/0
Trois à six mois	26 10 0/0
Six mois à un an.	21 0/0
Un à deux ans	10 0/0
Deux à cinq ans.	6 0/0
Au-dessus de cinq ans. . . .	2 0/0

On voit que les plus grandes chance de guérison sont pour la première année ; au-delà les chances diminuent rapidement.

On a recherché ensuite quel était le nombre de décès parmi les aliénés.

Pour l'année dernière, on a constaté 5,585 décès, dont 5,550 par maladie, 8 par accident, 27 par suicide.

On a fait cette remarque singulière que la mortalité des hommes est presque constamment supérieure à celle des femmes.

Si au lieu du sexe on considère la nature de l'affection mentale, on constate que les paralytiques meurent dans la plus forte proportion, les fous et les idiots proprement dits dans la plus faible.

Dernier détail :

Sur 46,000 aliénés actuellements en traitement dans les établissements, il n'y en a que 10,000 qui soient exclusivement à la charge de leurs familles, soit 22 0/0.

— On vient de poser à l'École normale, la plaque commémorative de la mort de Thuillier. Elle porte ces simples mots, en lettres d'or : « Louis Thuillier, mort pour la science, Alexandrie 1883. » C'est une grande plaque en marbre noir ; elle a été placée à gauche, dans le vestibule d'honneur de l'École.

— M. le docteur Dehenne reprendra ses conférences pratiques d'ophthalmologie le lundi 5 novembre 1883, à une heure et demie, à sa clinique, rue Monsieur-le-Prince, 24, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Note sur un cas de pleurésie purulente guérie en trois semaines,

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 27 juillet 1883.

Par le docteur M. Debove,

Agrégé à la Faculté, médecin de Bicêtre.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est un jeune homme âgé de 23 ans dont voici l'observation :

Le nommé Culottin (Louis) (salle Jenner, 26) a perdu son père mort de phthisie pulmonaire à l'âge de 57 ans. Sa mère et sa sœur vivent et sont bien portantes. Depuis quelque temps sa santé laissait à désirer sans qu'aucun appareil semblât particulièrement lésé, lorsque le 15 mai il fut pris de frisson, d'un point de côté à gauche et dut garder le lit; il se décide à entrer à l'hôpital le 21 mai et nous l'observons le 22 pour la première fois. Nous diagnostiquons une pleuro-pneumonie.

Les signes de pleurésie sont : matité étendue du côté gauche, absence de vibrations, skodisme sous la clavicule, souffle dans toute la hauteur à gauche et en arrière, déplacement de la pointe du cœur qui est refoulé à droite.

Les signes de pneumonie sont du souffle, qui nous paraît un peu dur au voisinage de la colonne vertébrale, et des râles crépitants venant par bouffées.

D'ailleurs, l'existence de crachats rouges, visqueux et aérés ne permet aucun doute sur l'existence de la pneumonie.

Le malade eut une température qui oscilla entre 39 et 40 et tomba à 37°6 le 28 juillet, mais elle remontait le lendemain à 39°4, et présentait, les jours suivants, une série d'oscillations, la fièvre étant plus forte le soir que le matin de 1 à 2 degrés. Le 6 juillet soir, le malade eut 40°.

La marche de la température nous indique exactement la marche de la maladie, et elle peut être exactement suivie sur la courbe qui a été tracée. Il est vraisemblable que la température de 37°6, observée le 28 mai, marque la fin de la pneumonie. A dater de ce jour, nous nous trouvons en face de la pleurésie seule.

L'épanchement était considérable, comme le démontrait le déplacement de la pointe du cœur et l'étendue de la matité, le skodisme ayant disparu.

Nous supposons que l'épanchement pouvait être purulent en nous basant sur les exacerbations fébriles vespérales; sur la constatation d'un œdème qui, léger d'abord, finit par s'accentuer envahissant la moitié inférieure du tronc, les membres inférieurs et la face. Nous notons cependant que la pectoriloquie aphone est parfaitement perçue, contrairement à ce qui a été annoncé par Guido Bacelli.

Le 7 juin, nous pratiquons une thoracentèse et retirons 1 litre de pus. Elle eut un bon effet, la température, qui était de 40° la veille, de 38°4 le matin, tomba à 38° le soir et à 37°4 le lendemain; la dyspnée diminua d'une façon notable.

Mais cette amélioration ne fut que passagère : le 14 juin, la température était de 40° le soir et de 39°8, le 15 juin.

Nous nous décidons à pratiquer l'empyème le 16 juin, malgré le mauvais état général, malgré l'élévation de la température et l'œdème presque généralisé.

L'incision fut pratiquée dans le sixième espace intercostal, elle donna lieu à un écoulement de 4 litres de pus. — Le 7 juillet, nous retirâmes le drain, et, le 9 juillet, la plèvre avait cessé de communiquer avec l'intérieur, il ne restait plus qu'une petite plaie bourgeonnante.

L'accident à noter a été une température de 38°9, observée le 21 juin et attribuée par nous a une oblitération du drain. En dehors de cela, la température est tombée le lendemain de l'opération à 37°, et s'est toujours maintenue entre 37° et 37° quelques dixièmes.

Aujourd'hui la respiration s'entend parfaitement dans tout le côté gauche; il ne subsiste que quelques frottements.

Nous pouvons donc dire que ce malade a été guéri en trois semaines environ, si nous ne tenons pas compte du temps nécessaire pour la cicatrisation de la plaie extérieure.

Si, malgré un état général détestable, nous avons obtenu un si beau succès, nous croyons devoir l'attribuer :

1° A la rapidité de notre intervention;

2° A l'application rigoureuse des procédés antiseptiques.

Nous avons agi rapidement parce que, si nous avions tardé, des lésions de la plèvre eussent empêché le poumon de reprendre son volume. Il est fort heureux que, sans nous arrêter aux rares observations de malades guéris par des ponctions répétées, nous ayons d'emblée pratiqué la pleurotomie.

Pour appliquer les procédés antiseptiques, nous nous sommes conformé aux principes énoncés par M. Wagner, très bien analysés dans une revue critique de M. Hache (*Revue mensuelle de chirurgie*) et que nous rappelons brièvement.

Lavage à l'eau phéniquée de la partie gauche du thorax. — Désinfection de tous les instruments. — Incision dans le cinquième espace. — Lavage de la plèvre à l'eau bouillie (un seul lavage). — Introduction d'un gros drain. — Pansement de Lister. — Pansements aussi rares que possible.

Il est évident que si toutes ces précautions sont soigneusement observées, la guérison de la pleurésie purulente deviendra la règle alors qu'elle était l'exception.

Pleurésie et état puerpéral; 15 ponctions en deux mois chez une femme en couches; guérison.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 14 avril 1883,

Par le docteur Gaston Graux, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Contrexéville.

De toutes les affections thoraciques qui peuvent survenir dans le cours de la grossesse et la modifier ou être influencées par elle, la pleurésie est de beaucoup la plus rare. Elle est aussi, d'après les faits connus jusqu'à ce jour, celle dont l'influence sur la grossesse est le moins fâcheuse. Il semble même que, chez la femme enceinte, la pleurésie suive sa marche ordinaire et ne soit pas aggravée par la puerpéralité.

C'est ainsi que, dans le mémoire de Léopold, de Leipzig (1), on trouve que, sur les sept observations que rapporte cet auteur (quatre faits personnels et trois faits empruntés au travail de Fischl) (2), cinq fois la pleurésie, survenue vers le milieu de la grossesse, a laissé celle-ci continuer son cours. Et, de ces cinq malades, quatre étaient guéries avant l'accouchement, une seule ne guérissait qu'après l'expulsion du fœtus.

Dans les deux autres cas, la pleurésie survint vers la fin de la grossesse :

(1) Léopold (de Leipzig). *Archiv für Gynéc.*, 1877.

(2) Fischl. *Die complication des Puerperiums mit acuter Pleuiters. Prager Vierteljahresschrift;* 1875.

chez une des malades, le travail apparut prématurément; chez l'autre, l'accouchement se fit à terme. Aussi Léopold pense-t-il que, contrairement à ce qui se passe pour la pneumonie, la pleurésie ne nuit pas à l'enfant; quant à la mère, la pleurésie ne lui semble pas une complication grave de la grossesse, puisque toutes ses malades ont guéri.

Charpentier, qui a également étudié cette question dans son *Traité des accouchements* (1), arrive aux mêmes conclusions, il considère la pleurésie gravidique comme bénigne en général et sans influence fâcheuse sur la grossesse. En effet, sur les dix-huit cas que cet auteur a rassemblés, la grossesse n'a été interrompue que deux fois; dans deux autres cas, la pleurésie étant survenue dans le dernier mois de la grossesse, les malades accouchèrent prématurément, mais sans aucun accident.

Quant au traitement, Charpentier trouve avec Duguet, Vandrant, Verneuil, Dieulafoy, dont il rapporte les observations, que la thoracentèse donne chez les femmes gravides des résultats satisfaisants, et que la grossesse n'est nullement une contre-indication à cette opération.

Tel n'est pas l'avis de M. le professeur Peter, qui récemment a communiqué à la Société de thérapeutique l'observation d'une pleurésie gravidique traitée par la thoracentèse et suivie d'accidents.

Il s'agissait d'une dame enceinte pour la sixième fois, qui fut prise de pleurésie au cinquième mois de cette nouvelle grossesse. On fut obligé de pratiquer la thoracenthèse devenue d'absolue nécessité. La ponction évacua la presque totalité de l'épanchement pleurétique, à savoir trois litres d'un liquide parfaitement séreux.

Trois jours après, la malade suffoquait de nouveau. Il y avait eu, quarante-huit heures après la ponction, une fausse couche et le liquide pleurétique s'était reproduit. Seconde thoracentèse. Mais cette fois le liquide était franchement purulent.

Cette seconde ponction ne fut suivie d'aucune amélioration; tout empira. La plaie, due à la thoracentèse, était devenue fistuleuse et laissait écouler constamment du pus.

Une troisième ponction ne donna que quelques gouttes d'un liquide purulent et fétide. La malade était alors en plein délire puerpéral. Elle succomba quatre jours plus tard.

Dans la discussion qui eut lieu à ce sujet, le docteur Hutinel rapporta qu'il venait d'observer à l'Hôtel-Dieu une femme enceinte de huit mois et qui était atteinte de pleurésie. La dyspnée était extrême et il n'osait, en raison de son état de grossesse avancée, pratiquer la thoracentèse. Sur ces entrefaites, cette femme avorta; il y eut, immédiatement après, une fièvre des plus violentes; mais, deux jours plus tard, la fièvre tombait, et le liquide épanché se résorbait rapidement.

A son tour, le docteur Ory raconta qu'il avait pratiqué la thoracentèse à une femme enceinte de huit mois. L'opération n'avait été suivie d'aucun accident, et l'accouchement s'était fait normalement deux semaines plus tard.

De l'étude des faits, aujourd'hui connus, de pleurésie gravidique, il résulte donc que, à part l'observation du professeur Peter, la pleurésie chez la femme enceinte est à peine une complication; que, dans la plupart des cas, cette affection se comporte chez elle comme elle se comporterait en dehors de l'état de grossesse, et que son pronostic n'est pas sensiblement aggravé par cet état. En particulier, il ne semble pas que la pleurésie devienne plus facilement purulente pendant la grossesse que dans l'état de vacuité.

En est-il de même pour la pleurésie qui évolue après l'accouchement, pendant l'état puerpéral? A cet égard, les documents font presque absolument défaut; car, dans nos recherches facilitées par notre excellent ami le

(1) Charpentier. *Traité pratique des accouchements*. Paris, 1883, t. I.

docteur Budin, accoucheur de la Charité, qui a mis ses notes et sa bibliothèque à notre disposition, nous n'avons pu recueillir que l'observation suivante, publiée par notre collègue Chevallereau (1) dans la *France médicale* :

Pleurésie dans l'état puerpéral. — Mort subite. — Autopsie. — (Obs. résumée.)

R. B..., 22 ans, entre le 12 janvier 1874 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Dumontpallier. Bons antécédents personnels et héréditaires. Mais la malade tousse depuis quelques mois et a craché quelquefois du sang.

Accouchée il y a seize jours d'un enfant qui est né paralysé d'un bras et est mort six jours après sa naissance.

13 janvier. Constatation d'une pleurésie à gauche. Vésicatoire.

19 janvier. Ponction donnant 600 grammes de sérosité normale.

24 janvier. La ponction avait été suivie d'une notable amélioration, lorsqu'à la suite d'émotions vives, pendant la visite des parents, émotions renouvelées dans la matinée du 24, la malade s'affaissa sur son lit et mourut en quelques minutes.

A l'*autopsie*, pleurésie fibrineuse, adhérences, fausses membranes fibrineuses. Tubercules ramollis au sommet gauche (côté de la pleurésie). Rien à droite. Rien d'autre à noter.

« En somme, dit Chevallereau, chez une femme récemment accouchée, la pleurésie n'est pas toujours nécessairement purulente, ainsi que l'ont démontré, dans le cas présent, la ponction aspiratrice qui a donné issue à 600 grammes de sérosifé et l'examen anatomique qui a permis de constater qu'il n'existait que des dépôts fibrineux dans la plèvre. La mort subite n'est pas le fait de la pleurésie elle-même, mais doit être attribuée à une syncope produite par des émotions violentes et répétées. »

Quant à l'opinion des auteurs, on la trouve dominée par cette idée que l'état puerpéral crée pour la femme récemment accouchée des conditions spéciales qui souvent se manifestent par une véritable tendance à la suppuration.

Charpentier, dans la citation que j'ai rapportée plus haut, dit, à propos de la pleurésie gravidique, « qu'elle n'a que fort exceptionnellement de la tendance à devenir purulente, *contrairement à ce qui se passe après l'accouchement.* »

Dans sa thèse, faite en 1880 sous l'inspiration du professeur Depaul, Baratgin (2), après avoir reconnu que l'état de gestation n'a aucune influence défavorable sur la nature de la pleurésie, et, en particulier, que celle-ci n'a pas de tendance à devenir purulente, affirme qu'il n'en est pas de même pour la pleurésie qui évalue chez la femme en couches. « Plusieurs auteurs, dit-il (3) (sans les citer toutefois), ont mentionné cette tendance à la suppuration, et ils ont constaté combien cette complication était *fréquente après l'accouchement* et avec quelle rapidité le liquide pleurétique passait à la purulence, puisqu'il suffisait quelquefois de quelques heures pour que cette transformation eût lieu. »

C'est aussi l'opinion du professeur Verneuil qui, dans un mémoire (4) publié en 1877, a dit « que la femme enceinte et la femme récemment accouchée ont une tendance marquée à faire du pus en abondance ».

Ces idées, d'ailleurs, ont été pendant longtemps universellement acceptées et on les retrouve à chaque pas dans l'histoire des affections médicales et chirurgicales de la grossesse.

Mais, aujourd'hui, on sait, grâce aux progrès de la chirurgie antiseptique, qu'il n'y a pas plus de fièvre puerpérale qu'il n'y a de fièvre traumatique, et que la femme en couches, comme un autre blessé, n'a de la fièvre

(1) *France médicale*; 1875, n° 40.

(2) Thèse de Paris; 1880, n° 246. Baratgin. *De la pleurésie pendant la grossesse.*

(3) *Loco citato*, page 20.

(4) Verneuil. *De la tendance pyogénique pendant la grossesse et l'état puerpéral.*

que s'il survient une complication, et qu'elle ne fait du pus qu'autant qu'elle est soumise à une contagion septique.

Cependant, malgré ces notions, il est difficile au médecin, en présence d'un cas de pleurésie grave chez une femme en couches, de se soustraire complètement à cette crainte de voir la pleurésie se transformer en empyème et de ne pas se laisser entraîner à trop assombrir son pronostic.

Ayant eu l'occasion l'année dernière d'étudier, dans les circonstances que je vais rapporter, un fait de ce genre, et témoin, en raison de la rareté des faits publiés, des difficultés du pronostic, je me suis promis d'en publier l'observation. Celle-ci était d'ailleurs rendue intéressante par quelques particularités de la marche de la maladie et du traitement.

Pleurésie à grand épanchement chez une femme en couches. — Quinze ponctions en deux mois. — Guérison.

Le 25 février 1882, j'étais prié par mon excellent collègue et ami le docteur Avezou d'aller voir avec lui une de ses clientes.

Mme G..., mariée depuis un an environ, était arrivée au terme d'une grossesse qui, normale au début, était devenue fort pénible dans les derniers mois.

Les troubles respiratoires qu'elle ressentait depuis plus d'un mois ayant notablemen- augmenté, elle s'était décidée à aller le 24 février (c'est-à-dire la veille de son accout chement) consulter le docteur Avezou. Ce jour-là, mon confrère voyait donc Mme G... pour la première fois. Cette dame n'avait en effet suivi, pendant sa grossesse, que les conseils d'une sage-femme qui, avec la famille, avait mis sur le compte de cet état la grande gêne respiratoire, l'essoufflement et le point de côté.

Le docteur Avezou constata l'existence d'un épanchement pleurétique à droite, fit appliquer un vésicatoire, donna quelques diurétiques, et sachant ma parenté avec M. G..., m'informa de ce qui se passait, en me donnant rendez-vous pour le lendemain.

Le lendemain, 25 février, nous trouvions la malade en travail. Dans l'intervalle de deux douleurs, nous pûmes constater qu'il y avait une matité absolue avec résistance au doigt jusque sous la clavicule droite, qu'il y avait une voussure très prononcée, et qu'il existait une véritable orthopnée; absence totale de la respiration; en somme, tous les signes d'un épanchement considérable.

Mais nous fûmes cruellement embarrassés sur la conduite à tenir. Certes la thoracentèse était urgente. Mais fallait-il la faire pendant le travail? Serait-elle supportée ou même utile pendant les douleurs? N'était-elle pas dangereuse? D'autre part, l'accouchement pouvait-il se terminer, malgré un pareil épanchement, et la malade était-elle capable de faire le moindre effort d'expulsion avec l'orthopnée que nous constations?

Valait-il mieux, au contraire, attendre la délivrance pour intervenir?

Dominés, nous l'avouons, par la crainte de voir devenir purulent l'épanchement que nous avions tout lieu d'espérer séreux, en raison de l'absence de signes de purulence et de la pectoriloquie aphone constatée jusqu'à la partie inférieure de la poitrine, nous résolûmes de nous en tenir à l'expectation armée et d'attendre le plus possible, d'abord la fin de l'accouchement, puis quelques jours encore, s'il y avait un peu de mieux après la fin du travail.

Le travail paraissait, en effet, marcher régulièrement malgré la dyspnée, et, contrairement à ce qu'on pouvait craindre, il continua à évoluer normalement. L'accouchement était terminé, sans aucune complication ni intervention, en sept ou huit heures.

Immédiatement la dyspnée fut très atténuée par la déplétion abdominale, et, pendant deux jours environ, la malade se trouva beaucoup mieux. Mais, trois à quatre jours après, tous les symptômes thoraciques reprenaient leur gravité, et voici dans quel état nous trouvions la malade le 2 mars, c'est-à-dire cinq jours après l'accouchement.

Insomnie, orthopnée, toux pleurétique fréquente. Pas de fièvre; pas de frissons.

Signes physiques. — Matité et grande résistance au doigt, dans toute la hauteur du côté droit de la poitrine, en arrière comme en avant, et jusque sous la clavicule. Très peu d'abaissement du foie.

Mais plusieurs signes du refoulement du médiastin vers la gauche : matité complète en arrière du sternum; très grande gêne de la déglutition; pointe du cœur déviée en dehors du mamelon.

Voussure très prononcée de la paroi thoracique. Pas d'œdème de cette paroi. Silence

absolu à l'auscultation. Abolition des vibrations. La pectoriloquie aphone s'entend jusqu'au bas de l'épanchement.

Le pouls est filiforme, irrégulier, fuyant, et témoigne d'une grande gêne du cœur. Il y a eu, la veille et dans la nuit, des sortes d'évanouissements, presque des syncopes.

Malgré notre désir de retarder autant que possible l'opération, bien certains qu'il serait dangereux d'attendre davantage, nous pratiquons ce jour même la thoracentèse avec l'assistance de notre cher maître le docteur Féréol et de notre collègue le docteur Avezou.

L'épanchement, comme nous l'avons dit, nous semblait devoir être séreux; aussi, dans la crainte de le voir devenir purulent sous l'influence du traumatisme, prenons-nous quelques précautions antiseptiques. La paroi thoracique est lavée à l'eau phéniquée forte, le trocart neuf est flambé, lavé à l'eau phéniquée et enduit d'huile phéniquée. On se sert de l'appareil Potain.

Cette première ponction, pratiquée *le 2 mars*, donne issue à cinq litres d'un liquide citrin légèrement rosé, d'excellente nature.

L'évacuation est menée lentement, avec des temps d'arrêt, et n'est pas poussée à fond.

Nous retirons la canule après le cinquième litre, bien que le liquide s'écoule encore à plein jet, et que la malade ne ressente ni toux, ni tiraillement.

Ici, il est bon de remarquer que M[me] G... est de petite taille, qu'elle est mince et maigre, afin de faire ressortir le chiffre de cinq litres, déjà énorme pour un individu de taille ordinaire.

Avant comme après l'opération, nous cherchons avec soin l'état des poumons, qui nous paraissent absolument sains.

Il n'y a d'ailleurs dans la famille aucun antécédent tuberculeux, et la jeune femme a toujours eu auparavant une bonne santé. L'enfant, qui est né vigoureux, se porte aujourd'hui fort bien.

Après la ponction, la malade éprouve un grand soulagement, mange et sort pendant les trois premiers jours; mais, dès le quatrième jour, la dyspnée reparaît; les signes d'un épanchement aussi abondant que le premier sont au complet dès le cinquième jour.

Aucun frisson, ni accès fébrile.

Nous attendons quelques jours encore avant d'intervenir de nouveau, de façon à ne céder qu'à l'urgence absolue. Mais le 13 mars, c'est-à-dire onze jours après la première ponction, les évanouissements ayant reparu, le pouls étant redevenu filiforme et irrégulier, nous pratiquons une *deuxième* ponction qui, comme la première, donne issue à cinq litres d'un liquide absolument analogue au premier.

Même résultat qu'après la première ponction : bien-être pendant cinq jours, au bout desquels l'épanchement paraît redevenu aussi abondant. Attente encore de six jours, pendant lesquels la malade se trouvant dans les plus mauvaises conditions, agitation, insomnie, etc., nous pratiquons le 24 mars la *troisième* ponction qui donne 4 litres 1/2. Même liquide, même bien-être, même résultat qu'après les deux précédentes ponctions.

Le 3 avril une quatrième ponction, devenue nécessaire, donne encore 4 litres 1/2 d'un liquide semblable aux précédents.

Ainsi, en trente jours, nous avions dû pratiquer quatre ponctions espacées environ de dix jours chacune et ayant produit 19 litres de sérosité.

En raison de l'amélioration qu'éprouvait la malade pendant les deux ou trois premiers jours qui suivaient chaque ponction, période pendant laquelle elle mangeait et digérait bien, dormait et reposait convenablement; en raison du malaise, au contraire, qu'elle ressentait pendant les jours suivants, période pendant laquelle elle dépérissait considérablement et était privée de repos et de sommeil, nous résolûmes, la malade étant courageuse et acceptant volontiers le traitement, de changer de méthode, et de pratiquer dorénavant, de parti pris, une ponction tous les deux jours, quelle que fût l'importance de la collection séreuse, et avant que les symptômes ne se fussent aggravés sous l'influence de la quantité du liquide épanché. De la sorte, nous pensions lutter contre la passivité du poumon, qui n'opposait aucune résistance à l'épanchement, et permettre à la malade de profiter du bien-être, qui suivait immédiatement l'opération, pour se reposer et s'alimenter.

En conséquence, dès le 5 avril, notre malade n'éprouvant encore que peu de dyspnée, et la thoracentèse pouvant être facilement retardée de quelques jours, nous pratiquons une cinquième ponction qui donne 2 litres 1/2 d'un liquide qui présente toujours le même aspect.

Cette fois nous sommes forcés d'interrompre la ponction parce que la malade ressent pendant l'évacuation des tiraillements qu'elle n'a pas encore éprouvés. Elle a un peu de toux.

Le 7 avril, sixième ponction de 1 litre 1/2. Liquide très rose, nettement hémorrhagique, très fibrineux.

Aucun frisson, aucu symptôme fébrile entre les ponctions.

L'état général est bien meilleur depuis que nous pratiquons les ponctions répétées. Notre malade a cependant maigri d'une façon considérable.

Après cette ponction, nous trouvons que le cœur bat pour la première fois à sa place. La respiration s'entend dans les deux tiers supérieurs de la poitrine, en arrière. La matité est encore complète dans le tiers inférieur. En avant, nous constatons pour la première fois qu'il est revenu un peu de sonorité sous la clavicule.

Le 9 avril, la matité occupe plus de la moitié inférieure de la poitrine ; septième ponction. Mais nous ne laissons sortir que 2 litres de liquide, bien qu'il y en ait davantage et que, lorsque nous arrêtons l'écoulement, le liquide sorte encore à plein jet. La malade n'a éprouvé ni toux, ni tiraillement.

Le 11 avril, très bon état général. La respiration s'entend jusqu'à l'angle de l'omoplate, la sonorité est presque complète sous la clavicule. Très peu de dyspnée.

Néanmoins, nous faisons la huitième ponction, et après le deuxième litre de liquide comme la fois précédente, nous retirons la canule, quoique l'écoulement soit encore abondant et rapide, et qu'il n'y ait ni toux ni tiraillements.

Le liquide est rosé, comme à l'ordinaire, mais, le surlendemain, après deux jours de repos, le sérum a laissé déposer un mince filet de pus dans le fond de la rainure du bocal.

Le 13 avril. Consultation avec MM. les docteurs Moutard-Martin et Féréol.

Nous trouvons, avec nos maîtres, les signes suivants : la sonorité est bonne dans les deux tiers supérieurs de la poitrine, en arrière, et la respiration s'entend bien dans cette étendue de la poitrine; il y a du souffle et de la matité dans le tiers inférieur seulement; l'état général est excellent. Il est bien évident que l'épanchement commence à se reproduire moins rapidement; la quantité du liquide épanché n'est évaluée qu'à 1 litre.

Une ponction aspiratrice est pratiquée immédiatement (la neuvième) et donne issue à 850 grammes d'un liquide louche qui, par le repos, forme un dépôt purulent bien plus abondant que le dernier.

Néanmoins, M. Moutard-Martin porte un pronostic favorable et nous engage à continuer les ponctions répétées, persuadé qu'elles suffiront et que l'épanchement ne deviendra pas purulent.

En conséquence, il est décidé qu'en raison de la tendance que paraît suivre l'épanchement à se former moins rapidement, on ne pratiquera la thoracentèse que lorsque l'on pourra évaluer à 2 litres environ la quantité du liquide contenu dans la poitrine, c'est-à-dire lorsque la matité atteindra l'angle de l'omoplate. Enfin, on porte à 1 gramme la dose de tannin qui, jusqu'à ce jour, n'avait été que 30 à 40 centigrammes.

15 avril. Il y a eu, le lendemain de la dernière ponction, un petit accès fébrile suivi d'une éruption d'urticaire. Très bon état général.

La sonorité descend au-dessous de l'angle de l'omoplate, et la respiration s'entend sous l'oreille jusqu'à ce niveau. La ponction est ajournée.

18 avril (cinq jours après la dernière thoracentèse). La malade mange beaucoup et reprend des forces.

Le tannin est bien supporté.

La matité a notablement augmenté. Elle occupe la moitié environ de la poitrine.

Dixième ponction aspiratrice : 3 litres.

Le liquide, par le repos, laisse toujours déposer du pus.

22 avril. Bon état général, appétit.

La matité s'élève jusqu'à l'angle de l'omoplate; onzième ponction : 1 litre 3/4. Même liquide.

Les diurétiques et les révulsifs cutanés, essayés au début et abandonnés, sont repris. Il est arrêté qu'on fera tous les deux jours une vaste cautérisation ponctuée avec le thermocautère.

27 avril. Mêmes signes physiques. Douzième ponction : 1250 grammes d'un liquide moins trouble que celui de la dernière opération.

Bon état général, appétit, sommeil. La malade commence à se lever.

4 mai. Le liquide de la dernière ponction n'a presque pas déposé de pus. Mêmes symptômes locaux. Matité jusqu'à l'angle de l'omoplate. Treizième ponction : 1 litre 1/2. Liquide rose, séreux, complètement limpide.

11 mai. Quatorzième ponction : 1 litre.

Enfin, le 22 mai, mon ami Avezou fait la quinzième et dernière ponction et retire 900 grammes de liquide citrin.

Les pointes de feu sont continuées tous les deux jours pendant près d'un mois.

Depuis lors, l'état général s'améliora progressivement. Quant à l'état local, on trouva pendant un certain temps de l'obscurité du son et de la faiblesse du murmure vésiculaire dans le tiers inférieur du poumon droit. Aujourd'hui, la respiration est pure à ce niveau, il n'y a pas de frottements ; pas de rétraction de la paroi thoracique. Il n'y a aucun signe de tuberculose, et l'état général est excellent.

Cette observation, bien qu'un peu longue, m'a semblé intéressante à vous rapporter dans ses détails pour plusieurs raisons.

D'abord comme fait rare, car, ainsi que je vous l'ai dit, il y a fort peu d'observations de pleurésie chez la femme en couches qui aient été publiées. Ensuite, à cause de la marche insolite de l'affection et de l'intensité vraiment remarquable de l'épanchement. Enfin, le traitement auquel nous avons été amenés à recourir m'a paru intéressant à signaler.

Dans la marche de cette pleurésie, les particularités suivantes méritent d'être relevées :

1° Le début insidieux dont la date ne peut être fixée même approximativement; les symptômes qui attirent ordinairement l'attention, dyspnée, point de côté, essoufflement ayant été rapportés à la grossesse.

2° L'évolution presque normale de la grossesse jusqu'à son terme, malgré l'abondance considérable de l'épanchement. Le travail normal malgré cet épanchement.

3° L'étendue de l'épanchement, et l'incroyable facilité de reproduction de la sérosité. Ici nous rappellerons le peu d'abaissement du foie, malgré la quantité du liquide pleurétique, et il semble naturel d'attribuer cet état du foie à la résistance apportée par l'utérus gravide à l'abaissement du diaphragme; mais cet obstacle avait amené par compensation le refoulement du médiastin vers la gauche, déplacement qui s'était traduit par de la matité rétro-sternale, de la gêne de la déglutition et des troubles dans le fonctionnement et les rapports du cœur.

4° Quant à la nature de l'épanchement, nous ferons remarquer que, contrairement à ce que disent les auteurs, non seulement il n'y a pas eu de purulence d'emblée, mais que l'épanchement n'est même pas devenu réellement purulent malgré les nombreuses ponctions. Car le léger dépôt de pus que nous avons trouvé dans le liquide des huitième, neuvième, dixième et onzième ponctions devait préexister dans le fond de l'épanchement pleural; et, ce qui le prouve, c'est que son apparition n'a été précédée ni de fièvre ni de frissons, et que sa présence a coïncidé avec la diminution de l'épanchement, c'est-à-dire qu'il est sorti lorsque nous sommes arrivés à vider complètement la poitrine et à retirer les couches inférieures du liquide pleural dans lesquelles il s'était déposé, absolument comme la lie d'un tonneau sort lorsqu'on arrive au fond.

Enfin, relativement au traitement des pleurésies par la thoracentèse, ce fait montre qu'on ne doit pas se laisser trop facilement aller à accuser les ponctions répétées de déterminer la purulence, puisque, malgré des circonstances mauvaises, nous avons pu pratiquer quinze ponctions en deux mois et retirer près de 40 litres de liquide, sans voir notre pleurésie se transformer en empyème. Dans ce résultat quel a été le rôle des précautions antiseptiques auxquelles nous avons eu recours? Nous posons la question sans la résoudre.

Quant à la méthode des ponctions répétées que nous avons été conduits à appliquer, bien que nous n'en connussions pas d'exemple, les résultats semblent justifier suffisamment notre conduite.

En effet, dans le premier mois, nous avons, en quatre ponctions, retiré 19 litres de liquide; mais, sur les dix jours qui séparaient chaque ponction, la malade ne reposait et ne mangeait que pendant trois ou quatre jours, et dépérissait pendant les six autres.

Dans le deuxième mois, au contraire, en neuf ponctions nous avons

enlevé 16 litres de sérosité; mais, en évitant à notre malade la période pendant laquelle elle souffrait et ne pouvait ni manger ni dormir, nous lui avons permis de se remonter rapidement.

D'ailleurs, avec le changement de pratique a nettement coïncidé l'amélioration locale et générale.

En dernier lieu, ce fait montre que, relativement au pronostic, la pleurésie, chez la femme en couches, ne comporte pas toujours de gravité spéciale et que la transformation purulente est loin d'être fatale.

Les travaux et les vœux de la Commission des logements insalubres de Bordeaux.

Trop peu de villes françaises possèdent une Commission des logements insalubres mais parmi ces dernières la ville de Bordeaux est des mieux partagées. Le rapport qui résume ses travaux et ses vœux (1) en est la meilleure preuve et fait honneur à son auteur M. Mauriac, qui s'est attaché à lui donner le caractère d'un mémoire scientifique plutôt que d'un modeste document officiel.

Un agent spécial est chargé de signaler les logements insalubres du chef-lieu de la Gironde à la vigilance de la Commission, qui parmi ses membres compte nos savants confrères, MM. Perrens, Donaud, Moure et Mauriac. Chacune des sous-commissions visite les immeubles insalubres de sa circonscription et le rapport est discuté en séance générale. Les décisions de la Commission sont alors transmises aux propriétaires des baux et un délai leur est assigné pour faire procéder à leur assainissement.

Certaines de ces affaires restent cependant en souffrance, comme le fait remarquer M. Mauriac, par suite de la tolérance administrative. Elles sont alors déférées au Conseil municipal, qui doit intervenir pour obliger les récalcitrants à accepter les mesures proposées par la Commission. Il faut remarquer que c'est là une organisation singulière, qui confie à des individualités fort honorables sans doute, mais à coup sûr incompétentes, le soin de juger de la valeur des mesures proposées par une Commission de savants, et le droit de suspendre ou de modifier les conclusions de ces derniers.

Être consacré conseiller municipal par le suffrage électoral peut être un grand honneur, mais ne suffit pas, il me semble, devant la modeste logique de M. Prudhomme, pour conférer des connaissances techniques et la possibilité de juger en dernier ressort en semblables matières! C'est donc là une législation boiteuse et qui, comme tant d'autres, attend sa réforme, et vraisemblablement l'attendra longtemps encore.

En effet, des quarante et une affaires déférées au Conseil municipal, aucune n'a été portée devant le Conseil de préfecture ni devant le tribunal de police correctionnelle; de sorte que les récalcitrants jouissent d'une sorte d'impunité, puisqu'on n'a prononcé contre eux ni amendes, ni fermeture des locaux dont l'habitation a été interdite.

Or, comme le démontre M. Mauriac, le nombre des décès relevés chaque année est en rapport pour chaque arrondissement de la ville avec le nombre plus ou moins grand des locaux insalubres. Un mémoire de notre distingué confrère l'a démontré pour la variole (2), et on avait déjà observé ce fait dans les statistiques du choléra.

Les causes d'insalubrité les plus fréquentes des habitations de la ville de Bordeaux sont les fosses d'aisances dépourvues d'étanchéité et d'un tuyau d'évent; les cabinets d'aisances mal construits et dépourvus d'eau; l'étroitesse des cours intérieures; le passage des conduites d'eaux ménagères à travers les pièces habitées; la défectuosité des égouts, des voies privées; l'insuffisance de jour et d'air dans les logements; l'absence d'appareils de chauffage; l'absence d'eau potable dans les deux tiers des habitations et l'existence de garnis et de nombreuses chambrées. Et ces causes d'insalubrité ne sont pas les seules!

Mais, signaler les causes d'insalubrité ne suffit pas; il faut donner les moyens d'y remédier, et, avec sa longue expérience des règlements, M. Mauriac n'hésite pas à demander la revision de la législation actuelle. Les intérêts de la salubrité publique sont mal défendus par des ordonnances qui permettent d'éluder pendant des années et d'éterniser dans une procédure compliquée la réalisation de mesures urgentes pour la cité

(1) *Rapport général sur les travaux de la Commission des logements insalubres*, par M. le docteur Mauriac; 1882. G. Baillière.

(2) *Contribution à l'étude de l'épidémie de variole qui a sévi à Bordeaux pendant les années 1880 et 1881*. Paris; 1882, A. Doin; et Bordeaux, Feret.

tout entière. Quand donc les Commissions des logements insalubres pourront-elles demander d'office et surveiller l'exécution de ces mesures ?

En Angleterre, le législateur a moins de scrupule, et le bill de 1875 impose aux autorités l'obligation d'améliorer et au besoin de détruire les logements insalubres. D'autre part, la responsabilité de cette obligation ne devrait pas être seulement imposée au propriétaire. Comme le demande M. Emile Laurent, il serait urgent de l'étendre aussi au locataire.

Aussi la Commission des logements insalubres de Bordeaux n'hésite pas à demander de plus larges attributions pour les Commissions, des prescriptions plus impératives et plus sévères, la simplification de la procédure à suivre pour faire exécuter les travaux d'assainissement.

Ces vœux méritent d'être écoutés, et en les formulant aussi nettement par la plume autorisée de son savant secrétaire, la Commission des logements insalubres de Bordeaux a fait œuvre d'indépendance. Mérite bien rare assurément et dont l'exemple mériterait d'être suivi. Ajoutons enfin qu'il y aurait lieu de demander, à Paris, tout au moins la revision du mode de nomination des médecins qui font partie de ces Commissions. Ne serait-il pas équitable d'en faire désigner un certain nombre dans chaque arrondissement par le suffrage de leurs confrères ? Ce serait intéresser directement le corps médical tout entier aux travaux de ces Commissions. On compléterait ainsi, en la généralisant, la mesure administrative qui depuis quelques années demande aux médecins des Bureaux de bienfaisance et aux vérificateurs des décès de fournir des renseignements sur l'insalubrité des locaux où ils pénètrent. C'est aux Sociétés médicales des arrondissements de Paris de prendre l'initiative de ces réformes auprès des pouvoirs publics de la capitale, et de faire ainsi acte de vitalité. — G. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Marey présente une note de M. L. de Wecker, *sur l'opération du strabisme au moyen de l'avancement capsulaire.*

Le traitement chirurgical du strabisme consiste actuellement dans des procédés de *reculement*, par rapport au centre de la cornée, de l'insertion tendineuse d'un muscle trop puissant, ou dans un *avancement* du tendon détaché d'un muscle trop faible vers ce même centre. Le contrôle ou réglage pour ces procédés nous est fourni par une disposition anatomique particulière des muscles de l'œil, qui possèdent deux insertions au globe oculaire, une *directe* par leur tendon implanté à la sclérotique, une *indirecte* par la capsule fibreuse qui entoure le globe oculaire et à laquelle s'attache le muscle, en la traversant pour s'implanter, par son tendon, à l'œil.

Détache-t-on ce tendon, le muscle ne conserve pas moins, grâce à la capsule (à laquelle Tenon a donné son nom), une action notable sur le déplacement du globe oculaire, et il ne lui est pas possible de se rétracter dans l'orbite et de perdre son attache au globe de l'œil, qu'il reprend, suivant le procédé choisi, plus en arrière ou plus en avant, par rapport au centre de la cornée. Le simple détachement du tendon, c'est-à-dire de l'intersection directe d'un muscle du globe oculaire, en conservant le plus possible intacte l'insertion indirecte de la capsule, ne lui retire donc qu'une certaine quantité de son pouvoir, quantité qui, dans nombre de cas, n'est même pas très sensible.

Il m'a paru qu'on pourrait donc aussi s'attaquer, pour la guérison de certaines formes de strabisme, et surtout pour renforcer le pouvoir musculaire dans les cas d'insuffisance connus sous le nom de *strabisme latent*, non, comme cela a été fait jusqu'à présent, à l'*insertion tendineuse et directe* du muscle, mais à son *insertion indirecte et capsulaire.* En fortifiant cette attache, en la doublant par plissement, on pourrait donner un surcroît de force à des muscles trop faibles et guérir certains cas de strabismes apparents, et principalement le strabisme latent, l'insuffisance musculaire.

La réussite d'un pareil procédé nous donnerait les avantages suivants :

1° De rester strictement dans les principes de la chirurgie conservatrice, en donnant toujours de la force, mais en n'en soustrayant jamais, comme dans le reculement tendineux ;

2° D'échapper sûrement à toute surcorrection, comme il arrive en affaiblissant trop un muscle qui, dans le courant de la vie, peut devenir alors insuffisant ;

3° D'éviter tout écart disgracieux de la fente palpébrale, tout enfoncement choquant

près du muscle reculé, inconvénients qui peuvent ôter une partie des avantages cosmétiques, même lorsque la position des cornées se trouve parfaitement régulière.

La justesse de ces raisonnements théoriques, la pratique nous l'a confirmée. Nous avons exécuté l'*avancement capsulaire* par le procédé suivant :

J'excise au devant du tendon du muscle que je veux renforcer un croissant de conjonctive large de 5^{mm} et haut de 10^{mm}, en plaçant l'excision exactement, de telle façon que l'insertion tendineuse du muscle coupe le milieu du croissant dont la concavité contourne la cornée. Après cette excision, la conjonctive se retire fortement, de manière à mettre largement à jour, sur les côtés du muscle, la capsule de Tenon. On incise alors cette capsule près de l'insertion tendineuse du muscle, et on la dégage au-dessus du muscle et latéralement. Ce dégagement opéré, on suture la capsule en la tirant en avant, par deux sutures placées près des bords inférieur et supérieur de la cornée. La capsule glissant en avant se greffe alors plus près du centre de la cornée. Aussi, pour obtenir l'effet voulu, l'ouverture et le dégagement de la capsule sont-ils indispensables. C'est le degré de dégagement et la plus ou moins grande quantité de capsule prise dans les sutures, qui nous permettent le réglage de l'effet qu'on veut obtenir.

M. Virlet d'Aoust adresse une note *sur un phénomène de mirage lunaire.*

J'ai été hier, 11 octobre, vers dix heures trente minutes du soir, témoin d'un phénomène d'optique extraordinaire. Au lieu d'apercevoir la lune avec son disque semi-lumineux du premier quartier, j'ai aperçu, à travers une de ces couches légèrement cendrées aériennes qui engendrent d'ordinaire les *halos*, une lune si allongée, qu'elle me parut avoir près de 1 mètre de longueur. En la regardant plus attentivement, je reconnus que cet allongement était dû à un double disque, en contact avec la partie supérieure du disque réel. Ce phénomène, de véritable mirage lunaire, n'a guère duré plus d'une minute un quart. Il disparut progressivement lorsque le nuage qui voilait notre satellite se divisa en deux, suivant une ligne très mince, horizontale, qui, en s'élargissant peu à peu, acquit bientôt une forme discoïdale très allongée, au milieu de laquelle la lune apparut avec son aspect ordinaire.

Je n'ai encore vu ce phénomène cité nulle part ; j'ai pensé qu'il méritait d'être signalé.

M. Bouvin adresse une note relative à un système avertisseur des incendies et des vols.

M. A. Lailler adresse une nouvelle note relative à une poudre de lin inaltérable.

M. Émile Blanchard présente à l'Académie un ouvrage intitulé : *Recherches sur le système nerveux des poissons,* par Emile Baudelot, professeur à la Faculté des sciences de Nancy. Sans entrer dans aucune appréciation du travail qui est imprimé, il croit pouvoir faire mention des circonstances très particulières de sa publication et il s'exprime comme il suit :

L'auteur est mort depuis plus de huit années; le livre paraît en ce moment. L'Académie avait mis au concours la question relative à la détermination des différentes parties de l'encéphale des poissons. Un sujet plein d'intérêt, mais aussi plein de difficultés. Poussé à entrer dans la lice, M. Baudelot se mit à l'étude et, dans le délai prescrit, il envoya un mémoire remarquable à beaucoup d'égards. M. Baudelot n'eut pas le prix; la question n'était pas résolue. Il reçut un témoignage qui devait l'encourager. Il se trouva en effet fort encouragé : il s'était épris de son sujet. Comprenant la nécessité, pour parvenir à la constatation rigoureuse de toutes les homologies de l'encéphale des poissons, d'une étude comparative du système nerveux dans chaque classe d'animaux vertébrés, il accepta l'entreprise avec l'espoir d'obtenir un jour un résultat éclatant. C'eût été l'occupation d'une longue vie; la vie de Baudelot devait être courte. Il mourait le 23 février 1875.

L'auteur avait exécuté des dessins bien instructifs, des représentations d'une admirable exactitude et d'une perfection vraiment rare. J'engageai la famille à ne point les laisser perdre. Baudelot avait été mon élève, un élève de prédilection que je croyais destiné à un brillant avenir. Mme Baudelot, une femme instruite et de l'esprit le plus distingué, voulant faire honneur à la mémoire de son mari, prit la résolution de publier tout ce qu'elle avait entre les mains de l'œuvre incomplète, mais remplie d'observations neuves. Réunissant les notes manuscrites, les mémoires et les notices imprimés, et s'appliquant à les bien coordonner, un ensemble a été livré à l'impression. Elle a fait graver les planches dans les meilleures conditions possibles. Il suffira de regarder le livre pour comprendre qu'aucun genre de sacrifices n'a coûté.

En offrant aujourd'hui à l'Académie l'ouvrage du regrettable professeur de la Faculté des sciences de Nancy, Mme Baudelot accomplit le dernier acte de la tâche qu'elle s'était imposée.

BIBLIOTHÈQUE

De l'eau oxygénée ; sa préparation a l'état de pureté ; ses applications a la chirurgie et a la médecine, par M. le docteur Baldy. Paris, Delahaye et Lecrosnier ; 1883.

Si l'eau oxygénée répond à toutes les espérances des premiers expérimentateurs, c'est certainement à notre distingué confrère, le docteur Baldy, qu'il faudra rendre hommage des succès thérapeutiques de cet agent. Il y a déjà plusieurs années qu'avec une louable persévérance et une patiente énergie, il poursuivait la recherche d'un procédé de préparation de l'eau oxygénée absolument neutre. Ce but a été atteint, et la première partie de cette brochure expose avec détails les résultats de ces travaux chimiques.

Parmi les nombreuses observations cliniques qui accompagnent ce mémoire, les unes montrent bien la puissance germicide de cet agent et ses usages contre les affections parasitaires. En chirurgie, il a été employé dans le pansement des phlegmons, des abcès, des ruptures du périnée, des kystes hydatiques, des métrites, des ophthalmies purulentes, etc., etc. En lavages intra-vésicaux, il a donné de bons résultats à M. le docteur Fabre. Le même médicament a été essayé contre la blennorrhagie, l'ecthyma, l'herpès circiné et le pityriasis. De plus, les expériences de laboratoire de M. Baldy établissent que les germes sont rapidement tués quand on les met en contact avec cet agent. Il en est de même du tricophyton de la teigne, de l'acarus de la gale, des spores du muguet.

Dans la discussion impartiale des qualités de ce médicament, l'auteur évite les entraînements qu'un enthousiasme paternel excuserait cependant. Son mémoire fait donc autant d'honneur à sa bonne foi scientifique qu'à son habileté d'observateur. Aussi, quel que soit l'avenir de ce médicament germicide, M. Baldy a le mérite d'en avoir, le premier, bien étudié les propriétés thérapeutiques. C'est là un titre de priorité hors de conteste, et qui attachera désormais son nom à l'histoire médicale de l'eau oxygénée. — C. E.

COURRIER

Faculté de médecine de Lille. — M. Baudry, agrégé, est chargé du cours de pathologie externe, en remplacement de M. Folet, appelé à d'autres fonctions.

M. Dubar, agrégé, est chargé du cours de médecine opératoire, en remplacement de M. Paquet, appelé à d'autres fonctions.

M. Gaulard, agrégé, est maintenu dans les fonctions de maître de conférences d'accouchement.

M. Doumer, agrégé, est nommé maître de conférences de physique.

M. Morelle, licencié ès sciences physiques, pourvu du diplôme supérieur de pharmacien de première classe, est nommé chef des travaux de physique.

École pratique des hautes études. — M. le docteur Dubois, préparateur de physiologie à la Faculté des sciences de Paris, est chargé des fonctions de directeur-adjoint du laboratoire de recherches consacré à la physiologie des organes de la vision, en remplacement de M. le docteur Bertrand.

M. Untrau, élève de l'Ecole des Pupilles de Villepreux, est chargé des fonctions de préparateur au laboratoire de ladite école annexé au jardin de la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Jolly, démissionnaire.

Le service médical de nuit a Paris. — On vient de publier la statistique du service médical de nuit à Paris, du 1er juillet au 31 septembre 1883.

On a fait 1,650 visites de nuit. Les hommes figurent dans ce nombre pour une proportion de 35 p. 100. Les femmes pour 53; les enfants au-dessous de trois ans pour 12. La moyenne des visites par nuit est de 17 92 p. 100. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 16 p. 100.

L'arrondissement qui fournit le plus de visites de nuit est le XXe, 202 visites. Puis viennent le XIe, donnant 171 visites; le XIXe, 139 visites; le XIVe, 125; le XVIIIe, 115; le XVe, 97; le XVIIe, 96. L'arrondissement qui a eu le moins de visites de nuit est le VIIIe, donnant 7 visites; puis le XVIe, 27; le IIe, 30; le VIe, 37; le VIIe, 38; le IXe, 54.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Note sur le siège des bactéries dans la variole, la vaccine et l'érysipèle.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 10 août 1884,

Par MM. CORNIL et BABES.

La communication que nous avons l'honneur de faire à la Société porte sur des faits en partie connus; mais elle a tout au moins cet avantage de faire voir aux membres de la Société des préparations très démonstratives en ce qui touche la forme et le siège des microbes de la variole, de la vaccine et de l'érysipèle.

Variole. — Les préparations de la variole que nous avons étudiées ont été faites à l'aide de coupes perpendiculaires à la surface de la peau au niveau des pustules. Elles ont été colorées pendant vingt-quatre heures dans le violet de méthyl B de la fabrique de Bâle, déshydratées par l'alcool absolu et par l'essence de girofle, puis montées dans le baume. Tout à fait au début des altérations anatomiques du corps muqueux, alors que l'épiderme corné et que la partie superficielle du corps muqueux sont encore sains et en place, on constate, à la partie supérieure des prolongements épithéliaux qui séparent les papilles épaissies, de petits îlots arrondis de cellules épithéliales tuméfiées. Ces cellules contiennent une grande quantité d'éléidine; plus tard, on y trouve des cellules gonflées dont le noyau peu visible est entouré d'une vacuole. (Pl. II, fig. 1, *c"*.)

Lorsqu'on examine une pustule bien formée, encore semi-transparente et recouverte par l'épiderme, sur une coupe perpendiculaire à sa surface, on trouve d'abord une couche d'épiderme corné, *c* (pl. II, fig. 2 et pl. I, fig. 1). La partie superficielle *c* de ces cellules est peu colorée, tandis que la couche sous-jacente *c'*, épaisse, se colore très fortement par les couleurs d'aniline. Au milieu de cette couche et au-dessous d'elle, on trouve des amas ou des rangées de cellules vésiculeuses *c"* réduites à leur membrane à double contour, avec un noyau non coloré, granuleux. Elles rappellent la disposition des cellules végétales. Il existe une couche uniforme de grandes cellules *m'* située à la partie superficielle du corps muqueux et dont les noyaux se colorent bien.

Le corps muqueux de Malpighi est transformé en une grande quantité de petites cavités alvéolaires, dont les parois *t* (fig. 1, pl. II), plus ou moins épaisses, sont formées par des cellules épithéliales altérées, dont les noyaux sont difficiles à voir ou ont disparu.

Ces cavités renferment des cellules rondes migratrices *a'* (fig. 1), dont les noyaux sont généralement petits et souvent arborescents. (Voyez en *d*, fig. 4, pl. I.) Ces cellules, plus ou moins nombreuses situées au milieu de cavités qu'elles ne remplissent pas, nagent dans un liquide qui présente quelquefois des filaments de fibrine; parfois ces cavités contiennent des cellules épithéliales libres qui y sont devenues sphériques, colloïdes (*c h*, fig. 1, pl. II), et qui possèdent plusieurs noyaux. Les micro-organismes de la variole sont logés dans ces cavités. A leur limite, on rencontre quelquefois des cellules épithéliales dont les noyaux montrent des étoiles et des fuseaux indiquant leur multiplication indirecte (*c m*, pl. II).

Sur les préparations doublement colorées, dans lesquelles le tissu est teinté en rouge, tandis que les micro-organismes sont colorés en bleu violet par le violet de méthyle, on voit très facilement la répartition des microbes. Nous avons représenté ces microbes dans la figure 2, planche I,

dessinée à un grossissement de 500 diamètres, qui montre les couches superficielles d'une pustule bien formée. L'épiderme corné présente les couches dont nous avons parlé précédemment, *c*, la couche superficielle incolore, *c'*, la couche fortement imprégnée des couleurs d'aniline et *c"* les cellules épithéliales vésiculeuses à noyau granuleux mal coloré. Au-dessous de cet épiderme corné se trouvent les cellules du corps muqueux *c'''* avec leurs noyaux aplatis *m'*. A la partie inférieure de la figure, on voit les cavités dont le corps muqueux est creusé. Les micro-organismes *b*, *b'*, extrêmement petits, sont libres dans les cavités, où ils sont placés à côté des cellules migratrices *l*, ou bien ils adhérent à la paroi des travées qui cloisonnent le corps muqueux. Ces bactéries sont très petites, rondes, un peu inégales cependant comme volume, isolées ou réunies en petits amas. Elles sont surtout nombreuses dans toute la périphérie de la pustule. Ainsi, dans la figure 2, on les voit dans les cavités alvéolaires situées à la surface de la pustule, sous l'épiderme superficiel. Dans la figure 1, malgré le faible grossissement employé, on peut cependant reconnaître leur siège par la coloration plus foncée et le fin pointillé bleu que présente le contenu de certaines cavités alvéolaires du corps muqueux. Ainsi, c'est surtout en *b*, à la limite latérale de la pustule, et en *a*, dans toute sa partie superficielle, au-dessous de l'épiderme, qu'on rencontre les plus grandes masses de microbes; mais il en existe aussi dans toute l'épaisseur du corps muqueux et, en particulier, dans les prolongements épithéliaux situés entre les papilles *p*.

A la périphérie latérale de la pustule, à la droite de la figure 1, par exemple, les cellules du corps muqueux *c a* sont aplaties par compression et fortement colorées.

A côté des microbes colorés, on trouve dans les mêmes alvéoles une grande quantité de granulations fines, égales, mais qui ne se colorent pas par les couleurs d'aniline. Nous avons représenté ces granulations en *g*, fig. 2, pl. II. Il existe là, en outre, des grains irréguliers avec des prolongements beaucoup plus gros que les microbes qui se colorent très fortement par l'aniline et même par la méthode compliquée de Ehrlich. Nous les considérons comme des débris de noyaux (*l*, fig. 2). Ces mêmes petits éléments se rencontrent dans les papilles à la limite du corps muqueux.

Les microbes sont aussi nombreux par places au voisinage des papilles, à la base du corps muqueux de Malpighi, et ils sont logés là dans des cavités ou fentes allongées. On voit que ces fentes se continuent parfois dans les papilles elles-mêmes, en présentant une disposition radiée.

Les papilles sont toujours très altérées au niveau de la pustule; leur tissu est plus ou moins régulièrement infiltré de petites cellules rondes; elles sont modifiées dans leur forme, elles envoient dans le corps muqueux des prolongements allongés, irréguliers; dans ces prolongements et dans leur tissu, on observe parfois des traînées longitudinales de micro-organismes, qui siègent vraisemblablement dans les lymphatiques des papilles, et qui pénètrent de là entre les cellules du corps muqueux et dans les cavités aréolaires dont il est creusé.

Autour de la zone aréolaire du corps muqueux, les cellules normales de l'épiderme qui limitent cette zone sont très riches en éléidine, comme l'a montré M. Ranvier. Ces granulations d'éléidine sont dessinées en *e*, fig. 1, pl. II.

En résumé, dans les préparations que nous venons de décrire et qui peuvent être considérées comme typiques de la pustule de variole, les micro-organismes, sortant des vaisseaux des papilles, passent probablement de l'intérieur des papilles par l'intermédiaire des lymphatiques dans le corps muqueux, dans les cavités anormales qui remplacent cette couche de l'épiderme, et se tassent ensuite dans toute la périphérie de la pustule sous l'épiderme corné et à la limite du corps muqueux normal, en attendant que

l'épiderme se détache, lorsque viendra la suppuration de la pustule. Beaucoup de ces faits ont été exposés par Weigert (*Anatom. Beitrage z-Lehre v. d. Pocken* 1874).

Les pustules de la vaccine, telles que nous les avons étudiées sur des pustules cutanées de génisses vaccinifères de M. Chambon, montrent les mêmes lésions, les mêmes organismes semblablement disposés dans des cavités aréolaires du corps muqueux.

La figure 4 de la planche I représente, à 600 diamètres, une cavité alvéolaire creusée dans le corps muqueux, immédiatement au-dessous de l'épiderme corné, à la surface d'une pustule de vaccin de génisse. Les micro-organismes *b* sont disposés dans cette cavité comme dans celles de la variole et ils ont sensiblement le même diamètre. Les caviiés sont limitées par les cellules *m* du corps muqueux dont on voit en *n* les noyaux. Il existe là aussi des noyaux arborescents, fragmentés, déformés, *d*, appartenant à des cellules migratrices.

Au larynx, l'éruption variolique, quand elle est intense, s'accompagne de la production à la surface de la muqueuse d'une pseudo-membrane fibrineuse. Klebs et Eppinger ont bien décrit les lésions habituelles des cellules et la quantité de micrococcus qui siègent dans leur intérieur aussi bien que dans les membranes fibrineuses. Nous n'y reviendrons pas en détail. Nous voulons seulement montrer les préparations et les dessins d'un fait de ce genre dans lequel, au niveau d'une portion du larynx, les couches stratifiées de l'épithélium étaient en place. La figure 3 de la planche I est relative à ce fait. Elle représente une section de la surface du larynx au niveau de l'ouverture du conduit d'une glande en grappe. Cependant il existait souvent entre les cellules de revêtement épithélial quelques cellules migratrices *cm,* (fig. 3, pl. I), et le tissu conjonctif du chorion muqueux en présentait aussi dans sa couche superficielle. La surface de l'épithélium était recouverte par une fausse membrane fibrineuse formée de travées hyalines rapprochées les unes des autres; dans toute cette fausse membrane, qui contenait un très petit nombre de cellules rondes, les micro-organismes, *b*, fig. 3, était très nombreux. La couche de cellules épithéliales intermédiaires entre la pseudo-membrane et les couches plus profondes de l'épithélium montrait des cellules semblables à une cupule, *c*, fig. 3, ouvertes ou non à leur bord libre, transformées en de petites vésicules et contenant des micro-organismes colorés en bleu par le violet B. La substance de la cellule qui forme la paroi de la cupule esthyaline, très colorée par la fuchsine en rouge violet; les cellules ainsi altérées sont au contact les unes des autres, et leur substance se fond par places, de manière à former une couche uniforme. Il y a aussi des gouttes hyalines de cette substance cellulaire, *m*, fig. 3, qui siègent dans la fausse membrane.

Tel est le siège et tels sont les caractères physiques des microbes de la variole et de la vaccine. Leur étude est néanmoins encore fort incomplète, car on n'a pas réussi à les cultiver dans des liquides ou substances appropriées, et à les faire vivre en dehors de l'organisme de l'homme et des animaux vaccinifères. Il est certain que la vaccination serait de beaucoup plus commode et sans aucun danger, si l'on parvenait à cultiver un microbe atténué de la variole ou le microbe de la vaccine dans des flacons de laboratoire. Ce serait là un grand progrès. Mais jusqu'ici les efforts tentés dans ce sens sont demeurés sans résultat.

Erysipèle. — La présence des bactéries dans le sang des plaques de l'érysipèle a été signalée par Hüter (1868), Lenepveu (1870), Lukomsky (1874), etc. L'étiologie de l'érysipèle a été complètement élucidée par M. Fehleisen qui l'a, comme on sait, inoculé avec succès à une série de malades. Cet auteur a très bien étudié le siège des microbes dans cette maladie. Nous avons voulu, de notre côté, vérifier ce qu'il avançait.

Sur les coupes d'un petit fragment de la peau du cuir chevelu enlevé à l'état frais, mis de suite dans l'alcool absolu, et colorées au violet de méthyle nous avons constaté le siège très précis des microbes.

Comme il s'agissait dans ce fait d'une poussée d'érysipèle ayant envahi depuis deux jours seulement le cuir chevelu, les modifications de l'épiderme et du derme étaient peu prononcées. Il n'y avait pas de lésion de l'épiderme ni de formation de bulles, comme cela a lieu si souvent, et l'infiltration du derme par des cellules migratrices était très restreinte. Les coupes du derme nous ont montré, sur les coupes transversales des troncs lymphatiques de la base des papilles (voyez pl. II, fig. 5, *v*), des cellules lymphatiques et des micrococcus en chaînettes très petits (*b*, fig. 5), consistant en des grains sphériques bout à bout. Ces micro-organismes étaient très colorés en bleu violet foncé par le violet B. Ainsi, sur une coupe d'un de ces troncs lymphatiques, on voyait quelques cellules endothéliales (*e*, fig. 5) en place, à leur surface interne; dans la lumière incomplètement remplie, il y avait des cellules lymphatiques reliées par de la fibrine, et dans ce caillot plusieurs chaînettes de micrococcus composées de quatre à vingt de ces microbes tous égaux en diamètre. Ces chaînettes, quelquefois rectilignes, étaient plus souvent ondulées. Plus profondément, dans le derme, entre les faisceaux du tissu conjonctif, il y avait des fentes tapissées par des cellules endothéliales et contenant une quantité, parfois considérable par places, de petites chaînettes rectilignes ou sinueuses ou de micrococcus réunis deux par deux. La figure 7, planche I, représente les microbes réunis deux par deux ou en chapelets et siégeant dans les fentes situées entre les faisceaux du tissu conjonctif. Les chaînettes avaient, en général, une direction longitudinale relativement aux fentes lymphatiques. Dans le tissu cellulo-adipeux sous-dermique, nous avons rencontré aussi des microbes caractéristiques. Ainsi, dans certaines cellules adipeuses, ces microbes siégeaient tout autour du noyau et dans le protoplasma étalé à la surface de la gouttelette de graisse. La figure 6 offre, en *c g*, une cellule adipeuse où la graisse n'est pas visible parce que la préparation a été traitée par l'alcool absolu, l'essence de girofle et le baume de Canada. La surface de cette vésicule adipeuse montre une grande quantité de microbes *b*, isolés ou en chaînettes. Il en existe d'autres, *b'*, situés entre les fibres du tissu conjonctif, à côté des cellules de ce tissu dont on voit les noyaux en *n* et *n'*. Il y avait aussi, dans ce fait, un exsudat grenu, formé de granulations albumineuses toutes de la même dimension, dans le tissu conjonctif interposé aux groupes de cellules adipeuses. Dans cet exsudat granuleux, nous avons vu aussi des micro-organismes disposés de la façon que nous venons d'indiquer. Ces masses grenues siégeaient aussi dans les vaisseaux sanguins.

Dans ce fait, dans la gaîne interne des follicules pileux et dans l'espace compris entre celle-ci et la racine du poil, il y avait une quantité considérable de micro-organismes qui se coloraient par le même procédé. Ces micro-organismes, composés de grains arrondis réunis deux par deux ou trois par trois, présentaient le même diamètre que ceux précédemment décrits, mais ils ne montraient pas des chaînettes aussi longues que dans les vaisseaux lymphatiques.

En résumé, l'inflammation érysipélateuse de la peau déterminée par le micro-organisme de l'érysipèle paraît être surtout consécutive à l'invasion de ces microbes dans les voies lymphatiques.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Interprétation d'une observation ancienne d'après les idées récentes.

Lue au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, à Rouen,

Par le docteur L.-H. PETIT,
Sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine.

Littré, traduisant Hippocrate, avouait qu'il n'avait compris le chapitre consacré aux fièvres intermittentes qu'après avoir lu le livre de M. Maillot sur les fièvres d'Algérie.

On trouverait facilement encore dans les annales de la médecine bon nombre de descriptions pathologiques anciennes concernant soit des épidémies ou des endémies, soit des faits particuliers, que les observateurs n'ont guère compris, et auxquels les commentateurs n'ont accordé tant de discussions que parce qu'ils ne les comprenaient pas eux-mêmes; mais peut être serait-il possible d'en donner aujourd'hui une interprétation exacte, en s'éclairant des acquisitions récentes faites par la science.

J'en vais donner comme preuve l'histoire d'un accident arrivé en 1562 au fils du roi d'Espagne, Philippe II, histoire rapportée avec de grands détails par l'un des médecins traitants, Daza Chacon, et qui pourrait prendre place dans deux des sujets favoris de mon cher maître, M. Verneuil, savoir : *Le danger des opérations sur les tissus malades,* et *le réveil du paludisme par le traumatisme.*

M. Verneuil a en effet démontré que certains érysipèles à apparition brusque, survenant à la suite de l'exploration de trajets fistuleux, de plaies en suppuration, avaient pour cause l'inoculation, l'entrée d'éléments putrides dans les capillaires lymphatiques ou sanguins ouverts par la manœuvre du chirurgien (1).

Or, le blessé, atteint d'une plaie à la tête, alla assez bien jusqu'au neuvième jour; à cette époque éclatèrent des accidents généraux qu'on attribua à l'infiltration du pus dans le crâne; on fit en conséquence une incision aux téguments, on examina le péricrâne qu'on trouva *corrompu*, et le lendemain la moitié de la tête était envahie par l'érysipèle. Evidemment cet érysipèle avait eu pour cause la pénétration des germes renfermés dans le *péricrâne corrompu,* pénétration effectuée à la faveur de l'ouverture des vaisseaux par l'incision et pendant l'exploration de la plaie.

Quant au paludisme, pour qu'on puisse bien comprendre son rôle dans les accidents mentionnés par Daza Chacon, il nous semble nécessaire de donner d'abord un résumé du fait.

Le dimanche 19 avril 1562, cinquante jours après la cessation d'une fièvre quarte qui avait duré vingt mois, et pour laquelle il avait subi un traitement sur la nature duquel on ne donne malheureusement aucun détail, le prince don Carlos, âgé de 17 ans, tomba dans un escalier, et la tête alla frapper rudement contre une porte fermée qui était au bas. Le coup porta du côté gauche, tout près de la commissure lambdoïde, et y fit une plaie de la grandeur de l'ongle du pouce, dont les bords étaient fort contus; le péricrâne, mis à nu, parut aussi légèrement contusionné.

La plaie, très sensible, fut pansée et le malade, mis au lit, fut pris d'une transpiration qui dura une heure et demie. Quand la moiteur eut disparu, on administra un purgatif qui opéra fort bien, puis on fit au bras droit une saignée de 8 onces, parce que les médecins pensèrent qu'il y avait une réplétion de la veine basilique. Bientôt après il y eut un peu de fièvre.

Le lendi matin, à huit heures, nouveau pansement. On fit une nouvelle saignée de 8 onces, cette fois au bras gauche. Régime léger jusqu'après le septième jour.

Jusqu'au quatrième jour, la fièvre fut assez légère; à partir de ce jour, il y eut un petit augment; les glanglions du cou gonflèrent et devinrent légèrement douloureux. Il

(1) *Bull. Soc. de chir.*, 1872, p. 190, et Dehenne, *Sur une cause peu connue de l'érysipèle,* dans *Progrès médical,* 1874, p. 374 et suiv., et thèse de doct. Paris, 1876.

y eut aussi une enflure à la jambe droite, symptôme habituel pendant la fièvre quarte de Son Altesse. Passé le quatrième jour, nouvelle rémission de la fièvre; de même le cinquième et le sixième; le septième, après un purgatif, la fièvre disparut.

La plaie allait de mieux en mieux; bonne suppuration, bonne couleur des bords et aussi du péricrâne.

Mais, le neuvième jour, on fit un pansement compressif auquel on attribua les accidents qui survinrent dans la suite, à cause de la rétention du pus qu'il parut occasionner.

En effet, le dixième jour, la plaie prit un mauvais aspect; dans la nuit du onzième au douzième jour, vers minuit, frisson et insomnie; puis forte fièvre a deux heures jusqu'au matin.

Le douzième jour, 30 avril, il y eut une consultation de plusieurs médecins. La douleur et la tuméfaction avaient reparu au cou, ainsi que le gonflement à la jambe; on pensa qu'il existait une lésion interne, ou une altération du péricrâne, avec quelque dépôt de matière qui ne trouvait point d'issue. Il parut donc nécessaire de mettre la plaie à nu et d'agrandir l'orifice de façon à pénétrer plus avant en cas de lésion interne, ou à donner issue à la matière qui s'était infiltrée dans la plaie; d'autant, dit l'auteur, que cette matière pouvait couler de la plaie dans l'intérieur par la commissure, et d'ailleurs il y avait peut-être du pus dans la partie osseuse. On fit une incision en T jusqu'à l'os; le péricrâne était décollé et infiltré de pus; il y eut une hémorrhagie assez abondante; on l'arrêta et on fit le pansement.

Le lendemain 1er mai, écoulement sanguin et gonflement de la tête; début d'un érysipèle qui gagna d'abord tout le côté gauche, de l'oreille à l'œil, puis le côté droit, s'étendit par tout le visage et descendit de là jusqu'au cou, la poitrine et les bras. En même temps, fièvre avec redoublements tertiaires intenses, et délire qui persista cinq jours et cinq nuits. L'apparition d'une petite tache sur l'os dénudé, jointe aux phénomènes précédents, fit croire de nouveau, à Vésale en particulier, que la lésion était à l'intérieur, et que l'unique moyen de guérison était de percer l'os jusqu'aux membranes. Néanmoins, comme quatre autres médecins croyaient que les accidents généraux devaient être attribués à l'érysipèle, on temporisa, et comme le malade avait tous les jours quatre ou cinq selles liquides, on crut devoir suivre la voie indiquée par la nature, et, le 7 mai, on administra un purgatif qui produisit plus de vingt garde-robes.

Le 9, l'état du malade restant le même, on se décida à ruginer l'os; mais on vit bientôt que celui-ci n'était altéré que superficiellement, et, contrairement à l'avis de Vésale et d'un autre chirurgien, on en resta là.

On changea alors le pansement; jusque-là on avait appliqué de la poudre d'iris et d'aristoloche sur l'os; sur les lèvres de la plaie, un onguent digestif avec de la térébenthine et des jaunes d'œuf, ou du miel rosat, et par dessus un emplâtre de bétoine. Le 10 mai, on essaya un onguent secret préparé par un Maure, et qui était essentiellement caustique. Mais, après deux applications, l'os étant devenu noir, on revint à l'ancienne méthode.

Dès lors, on n'eut plus d'espoir qu'en la miséricorde de Dieu et l'âge du blessé. On apporta en procession le corps de saint Diégo, qui avait déjà produit des miracles, et Notre-Dame d'Atocha, et ce qui valut probablement mieux, on appliqua des ventouses sèches à plusieurs reprises, on fit des fomentations aux jambes et à la tête, et une saignée du nez. Alors un mieux sensible se produisit; le malade dormit cette nuit-là, et le lendemain matin le pouls était plus fort et le délire moindre. A partir de ce jour-l'amélioration se fit de plus en plus sentir; la connaissance revint, et le 16 l'appétit reparut. Mais jusqu'au 18 mai, les paroxysmes de la fièvre persistèrent. Le 19, l'accès manqua, le 20, il fut minime, le 21, il manqua également, et depuis lors la fièvre ne reparut plus.

La guérison fut retardée par la suppuration des paupières, accompagnée d'un œdème considérable qui avait amené leur occlusion totale. Le 2 juin, on arracha une petite esquille de la plaie de tête, on varia les topiques et les modes de pansement, on rasa le cuir chevelu, mais la guérison ne fut complète que le 21 juillet. Dès le 14 juin, le malade s'était levé (1).

M. Guardia, qui a traduit cette observation, s'est seulement efforcé de relever toutes les erreurs de citation qui ont été commises à son endroit, et il eut fort à faire; mais il ne l'a nullement commentée, et ceux qui l'ont mal citée n'ayant pas pris la peine de la lire dans l'original, ne l'ont évidemment pas comprise.

(1) Daza Chacon. *In* Guardia, *La médecine à travers les siècles*. Paris, 1865, p. 236.

En résumé, plusieurs points relatifs au paludisme sont à considérer dans ce fait.

C'est d'abord son réveil sous l'influence de la chute. La fièvre, qui avait duré vingt mois et avait cessé depuis cinquante jours, reparaît le jour même de la blessure ; elle est légère pendant trois jours, puis au quatrième, elle reprend les caractères qu'elle avait autrefois, mais avec le type quotidien. Un purgatif qui agit à merveille la fait cesser.

Cette marche de la fièvre intermittente sous l'influence d'un trauma est assez connue pour que nous n'ayons pas besoin d'y insister.

Trois jours après, alors que tout allait bien, un pansement compressif amène la rétention du pus, et la fièvre reparaît ; mais cette fois sous forme d'un accès intense. On crut alors nécessaire d'avoir recours à la trépanation, qu'on ne fit que commencer, et après cette tentative survint l'érysipèle. Cette fois l'aggravation, due au paludisme, fut plus considérable, car cette complication s'accompagna d'accès tierces et d'un délire qui dura cinq jours et cinq nuits. Les accès durèrent pendant dix-huit jours, et jusqu'au quinzième environ il y eut perte de connaissance.

Les auteurs modernes auraient dit que la fièvre était devenue cette fois pernicieuse, à forme cérébrale, forme déterminée par l'érysipèle qui attira vers la tête la localisation de la perniciosité.

Et ici l'observation de Daza Chacon me permet de toucher en passant à un point de doctrine qui tend de jour en jour à être admis en pathologie, à savoir que la localisation d'une affection générale a pour cause principale l'état morbide antérieur de la région ou de l'organe qui est le siège de cette localisation.

Pour le paludisme en particulier, plusieurs auteurs ont reconnu que ses manifestations dites pernicieuses revêtaient telle ou telle forme suivant que tel ou tel organe était plus spécialement affecté, soit longtemps, soit peu de temps avant l'apparition de la perniciosité. Je citerai entre autres M. Bard, dont la thèse d'agrégation de 1883 renferme sur ce point une page intéressante (1); M. Maurel, dont le livre remarquable sur les fièvres pernicieuses de la Guyane est basé sur ces idées (2), et M. Delétang, qui a publié récemment dans un journal de médecine de Nantes plusieurs observations sur ce sujet (3).

L'une de ces dernières ressemble même beaucoup à celle de Daza Chacon, puisque les accès pernicieux cérébraux ont éclaté après l'application d'un vésicatoire sur la tête d'un sujet paludique. L'irritation produite par le vésicatoire a amené la même dérivation du côté de l'encéphale que l'érysipèle de don Carlos.

Obs. de M. Delétang. — Une femme D..., d'une trentaine d'années, sujette à des migraines violentes et présentant, comme la plupart des habitants de sa commune, de fréquentes atteintes de la malaria, fut prise d'accès réguliers à type tierce. Cette femme, peu intelligente, ne suivit que très incomplètement le traitement ordonné.

Comme elle souffrait d'une migraine intense, un soir d'apyrexie, elle suivit le conseil d'une voisine qui préconisait des cataplasmes de moutarde, mais elle eut l'idée singulière de se les appliquer sur le front, la nuque, la face même; il s'ensuivit naturellement une hyperémie considérable des parties et une aggravation de la douleur céphalique. Quelques heures après, il survint un frisson très modéré et la malade tomba rapidement dans un état apoplectique qui dura plusieurs heures. La quinine, employée à haute dose, put prévenir le second accès, et cette femme guérit.

Je me contente de signaler ici ces particularités, ayant simplement pour

(1) Bard. *Des accidents pernicieux d'origine palustre*, thèse d'agrégation en médecine. Paris, 1883, p. 23.

(2) Maurel. *Traité des maladies paludéennes à la Guyane.* Paris, 1883. — Nous rendrons prochainement compte de cet ouvrage.

(3) Delétang. *Gaz. méd. de Nantes,* 9 juin 1883, p. 111.

but de démontrer que, si haut qu'on remonte dans l'histoire de la médecine, les observateurs sagaces ont vu des faits analogues à ceux que M. Verneuil rassemble avec tant de persévérance depuis plusieurs années; mais que ces faits anciens, perdus dans les livres, ne sont sortis de l'oubli dans lequel ils étaient restés pendant des siècles et n'ont reçu leur interprétation exacte, que depuis les travaux de notre maître sur la pathologie générale chirurgicale, et les recherches que ces travaux ont suscitées dans la littérature médicale ancienne et moderne.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES DE L'ÉTRANGER

Le quatre-vingt-cinquième Congrès de la Faculté médico-chirurgicale du Maryland.

Chaque année, la Faculté médico-chirurgicale du Maryland se réunit au mois d'avril en session solennelle pour entendre les comptes rendus financiers et moraux de la savante Société et l'exposé, sous forme oratoire, des principaux progrès récents dans les diverses branches des connaissances médicales. Cette année, les rapporteurs étaient (1) M. Coskery, en chirurgie; M. Howard, en obstétrique et gynécologie; M. Burton-Brune, en chimie médicale; M. Friendenwald, en ophthalmologie. Ces rapports ont surtout pour objet la revue des recherches médicales dans les pays de langue anglaise. Certes, les résultats obtenus répondent à l'intention des fondateurs de la Société; mais il me semble que nos estimés confrères américains auraient tout avantage à embrasser, dans le même coup d'œil, les travaux des savants du continent. La science n'a pas, après tout, pour limites les pays dans lesquels on parle une seule langue, cette langue fût-elle aussi répandue que la langue anglaise. Elle est plus universelle, et en signalant cette lacune aux éminents médecins de l'État de Maryland, notre critique n'a d'autre but que la perfection d'une œuvre déjà féconde et digne, à tous points de vue, d'être plus féconde encore.

Le principal discours (annual address) a été prononcé par le docteur Billings, médecin en chef de l'armée fédérale et organisateur de l'*Index catalogue*, cette magnifique publication tout à l'honneur du gouvernement des États-Unis et à la gloire du savant médecin qui, par ses patientes investigations, en a assuré le succès. Ce discours avait la bibliographie médicale pour objet. Il n'en pouvait être autrement, est-il besoin de le dire, d'après les études favorites de l'orateur. D'ailleurs, le talent de M. Billings n'a ni la monotonie ni le pédantisme de ces gens qui se croient bibliographes quand ils ne sont que compilateurs ou bien de ceux qui se disent bibliographes et ne sont que des bibliomanes. Ainsi présentée, la bibliographie n'est pas une profession; elle est une vocation, une science instructive, intéressante, séduisante même. M. Billings sait la rendre aimable; tâche ardue assurément. C'est là un des motifs pour lesquels son discours est de ceux qui ne s'analysent pas, mais bien de ceux qu'on doit lire. Puisse cette lecture être mise à profit sur notre continent!

Parmi les mémoires originaux qui, d'après le règlement de la Faculté médico-chirurgicale, ne doivent pas avoir été publiés ailleurs, le plus remarquable a pour objet la *détermination des rapports de la mortalité par la diphthérie avec les saisons et la température atmosphérique*. Son auteur, M. Thomas, a compulsé des documents innombrables et dépouillé les statistiques de la ville de Baltimore depuis 1861 jusqu'en 1882. Il conclut que, dans cette ville, les variations de température n'ont pas d'influence manifeste sur la mortalité absolue par la diphthérie, mais modifient la malignité des cas. Quand le baromètre baisse, que le vent souffle de l'est, que le thermomètre monte, que l'atmosphère est humide et les pluies continuelles, les conditions sont favorables à l'accroissement de la maladie. Le vent souffle-t-il de l'ouest avec force, l'humidité est-elle faible et la température élevée, ou bien existe-t-il une grande humidité avec une basse température et une faible élévation de la colonne barométrique, le chiffre de mortalité s'abaissera. Ces conclusions s'appliquent au climat de Baltimore, elles doivent être autres sous des latitudes différentes. On aurait donc tort de généraliser les résultats de cette œuvre qui honore la patience de M. Thomas autant que sa science.

Dans le domaine de la matière médicale et de la thérapeutique, M. J. Lynch fait connaître des mémoires sur l'*action antipyrétique de l'acide phénique*, question en discussion

(1) *Transactions of the med. and chir. Faculty of the state of Maryland;* 1883; Baltimore.

en Amérique autant qu'en Europe, et sur les *propriétés astringentes du Rubus procumbens* dont on a préconisé l'extrait pour combattre la dysentérie. L'usage de ce médicament serait surtout indiqué dans la médecine infantile et contre les diarrhées du premier âge. Un autre travail important est celui de M. CHAMBERS, sur l'*élongation dans le traitement de la névralgie sciatique*. Dans les cas rebelles, M. Chambers en a retiré des avantages, mais à condition d'observer les indications opératoires suivantes : exercer sur le tronc nerveux une traction assez considérable pour diminuer sa sensibilité, et produire son anesthésie sans toutefois porter atteinte à sa motricité. Il faut donc régler pour ainsi dire la dose de l'élongation, point difficile à observer et obstacle à la vulgarisation de cette méthode thérapeutique.

Une autre question d'hygiène en ce moment aussi actuelle en Amérique qu'en France est l'assainissement des villes. A ce sujet, M. CHANCELOR a entretenu ses collègues du *drainage des villes et du système de Liernem;* mais, là-bas comme ici, ce système a des partisans et des adversaires convaincus, soulève les mêmes objections et présente les mêmes avantages.

Enfin, parmi les autres communications, il faut encore signaler celles de M. CLINTON MAC-SHERRY sur la *sténose laryngée*; de M. MACKENZIE sur le *catarrhe nasal;* de M. CHEW sur un cas de *déplacement du cœur par épanchement pleural abondant du côté gauche;* les recherches de M. NEWELL-MARTIN, sur l'*action directe de l'alcool sur le cœur*, et les observations de M. WILLIAMS sur les *accidents intermittents chez les accouchées*, sujet qui se rattache à la grande discussion ouverte en ce moment, de l'influence réciproque des états traumatiques sur les diathèses. Dans l'espèce, les médecins américains, si souvent témoins de manifestations malariques, sont à même de constater la fréquence de cette action de réciprocité morbide.

Pour être dans sa quatre-vingt-sixième année, la Faculté médico-chirurgicale du Maryland n'en possède pas moins des attributs qui n'ont rien de sénile. Combien de Sociétés, encore dans l'adolescence, doivent envier cette énergie laborieuse qui, pour les Associations médicales, est l'indice et la garantie d'une durable jeunesse!

En 1883, Upton Scott, qui fut de 1799 à 1801 le premier et honoré président de cette savante Société, n'aurait pas de peine à reconnaître la robuste constitution de son nouveau-né du siècle dernier. Depuis, grandissant et se développant, il a acquis toute l'activité de l'âge adulte et la pleine maturité de la science.

Le succès de la réunion de 1884 est donc aussi assuré que celui de l'année 1883 vient d'être brillant et justement mérité.

Ch. ELOY.

HYGIÈNE PUBLIQUE ET HYGIÈNE INDUSTRIELLE

Le Comité de défense des riverains de la Seine et une future usine insalubre à Saint-Denis.

Dans le but de protéger les intérêts sanitaires de la population suburbaine, un certain nombre d'habitants des communes voisines de la Seine ont eu l'heureuse idée de constituer un Comité de défense. Ils se plaçaient ainsi sur le terrain solide des revendications pratiques, et, dans leur zèle pour le bien public, ils ont déjà maintes fois prouvé l'utilité de semblables Associations pour vaincre l'inertie administrative et combattre de coupables tolérances en matière d'hygiène publique.

Par les efforts persévérants de ce *Comité de défense des riverains de la Seine*, l'assainissement du fleuve pollué par les eaux des égouts parisiens est à la veille d'être législativement consacré. Ce résultat fait honneur à l'initiative de ses membres. Voici aujourd'hui que, par un remarquable mémoire de M. Sincholle (de Clichy) (1), le même Comité intervient dans une question d'hygiène industrielle. Il s'agit de la mise à l'enquête d'un *projet d'usine pour la production du cuivre par le grillage des pyrites arsenicales et de la construction d'une fabrique d'acide sulfurique à Saint-Denis*.

Dans l'espèce, les nombreuses appréhensions des populations suburbaines sont scientifiquement justifiées. On connaît les émanations nuisibles auxquelles de tels établissements donnent lieu. M. Sincholle les évalue quotidiennement à la quantité de huit cent mille litres d'acide sulfureux, de vapeurs nitreuses ou chlorhydriques et d'hydrogène arsénié. C'est donc renouveler aux portes de Paris la désastreuse expérience de

(1) SINCHOLLE. *Protestation contre l'établissement d'une usine pour la production du cuivre et de l'acide sulfurique*. Paris, 1883. Chaix ; et *Rapport au maire de Clichy*. Paris, 1883. P. Dupont.

Swansla, où, depuis l'établissement d'une usine semblable, l'insalubrité du pays se traduit par la disparition de toute végétation à l'intérieur des terres et par l'empoisonnement des eaux de la mer infectées par les produits résiduaires de la fabrication. A Chessy, dans le département du Rhône, une usine semblable avait été autorisée; mais, en présence des ravages auxquels elle donnait lieu, on dut faire intervenir les tribunaux, accumuler les contraventions et les amendes, et, par des procédures longues et nombreuses, forcer l'industriel à suspendre toute fabrication. Les dommages persistèrent néanmoins pendant plusieurs années.

C'est que les émanations nuisibles ne sont pas les seuls dangers que ces usines font courir à la salubrité publique. Dans l'espèce, il en est de plus grands encore par la projection quotidienne dans la Seine de centaines de kilogrammes de sels de plomb, de zinc et d'arsenic. Non seulement les villages qu'arrose le fleuve, depuis Saint-Denis jusqu'à Maisons-Laffitte et Poissy, recevront ces eaux empoisonnées, mais les communes plus éloignées du fleuve sont desservies par des prises d'eau potable échelonnées sur la Seine, au-dessous de Saint-Denis. Une de ces prises est établie à 200 mètres seulement de l'usine, et dessert Saint-Ouen, Saint-Denis, Aubervilliers et Clichy. Ce serait donc soumettre les habitants de ces communes à un traitement arsenical forcé et les exposer à des intoxications plombiques en leur imposant l'usage d'une telle eau nécessairement chargée de principes toxiques, l'établissement industriel étant en amont de l'usine élévatoire de distribution.

Il faudrait désespérer de la sagesse des pouvoirs publics si une telle autorisation était accordée ou si, après l'avoir donnée malgré les avertissements des personnes compétentes, on devait quelque jour user de tous les moyens de rigueur pour en provoquer plus tard la fermeture sous la pression des réclamations énergiques et incessantes d'une nombreuse population menacée dans sa santé. L'hygiène doit être une science de préservation et non de répression; le *Comité de défense des riverains de la Seine* l'a compris. De plus, par la plume de M. Sincholle et par l'énergie de ses réclamations, il montre l'utilité pour l'initiative privée d'intervenir dans ces questions.

Quand Paris est envahi périodiquement par des émanations insalubres, quand les égouts fonctionnent mal ou que l'eau est insuffisante, les plaintes sont nombreuses et bruyantes. Malheureusement cet élan dure peu; l'inertie des pouvoirs publics le sait bien; on écoute les réclamations, mais on ne s'empresse guère d'en tenir compte. C'est donc à cette initiative privée d'exiger des élus du suffrage universel qu'il soit tenu compte sérieusement des besoins sanitaires du pays. En semblable matière, les intérêts de chacun sont ceux de tout le monde; l'imitation des Sociétés de salubrité d'Angleterre, le *Comité de défense* et M. Sincholle l'ont bien compris. Aussi leurs tentatives méritent le succès; si elles ne l'obtiennent amiablement des administrations, elles l'obtiendront certainement de leur énergie et de leur durable persévérance.

Ch. Eloy.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

Egypte. — Le 25 octobre, on a constaté à Alexandrie 7 décès cholériques. Le 26, ils se sont élevés à 8, et, le 27, à 12 dans la ville même. De plus, on signale, à cette dernière date, trois autres décès dans les villages riverains du lac d'Edko.

La Commission sanitaire du Caire attribue le retour de l'épidémie à l'introduction des peaux fraîches infectées dans les tanneries du village de Chatbey aux portes d'Alexandrie!! Il n'est vraisemblablement pas utile pour expliquer cette morbidité d'invoquer de nouvelles causes pathogéniques, car, malgré les affirmations données maintes fois par les conseillers sanitaires du gouvernement égyptien, le choléra n'a jamais cessé de faire des victimes dans la Basse-Egypte.

Les villages situés entre les lacs d'Edko et de Menzaleh, c'est-à-dire dans la région humide, sont dépourvus de médecins. On ignore donc ou on ne connaît que tardivement au Caire l'état de morbidité de leur populatiou. Les 3 cas cholériques signalés avant-hier ne sont donc pas isolés puisqu'on n'a jamais cessé d'en observer sur tout le littoral de cette contrée. — C. E.

JOURNAL DES JOURNAUX

De l'influence du système nerveux sur la pathogénie des affections du système vasculaire, par Levascheff. — Des recherches entreprises par Levascheff (de Saint-Pétersbourg),

sous l'inspiration de l'éminent docteur Botkin, il résulterait qu'un certain nombre d'anévrysmes ressortissent à une affection du système nerveux.

On met à nu, à sa sortie du pelvis, le nerf sciatique d'un chien, et, pour y entretenir un certain degré d'irritation permanente, on le traverse d'un fil préalablement trempé soit dans de l'acide sulfurique étendu, soit dans une solution saline. On renouvelle l'opération lorsqu'il y a lieu de croire que l'irritation ainsi provoquée est sur le point de s'éteindre. Le nerf sciatique du côté opposé est également mis à nu, mais, afin d'avoir un terme de comparaison, on se contente de l'exposer sans l'irriter. La méthode présente a été préférée à celle qui consistait à sectionner simplement le nerf, cette section pouvant donner lieu à des phénomènes de paralysie vasculaire et motrice susceptibles de modifier les résultats de l'expérience.

Au bout d'un certain temps, on observe que les vaisseaux du membre ainsi opéré ont subi une dilatation, et qu'ils sont devenus le siège de battements systoliques; la température locale est augmentée. Consécutivement à ces modifications hyperémiques, des changements surviennent dans l'état de la sensibilité des parties. Deux ou trois jours après l'opération, le chien soulève sa patte et la maintient demi-fléchie en veillant soigneusement à ce qu'elle ne heurte aucun objet environnant, et toute secousse ou tout attouchement, même léger, éveille de la douleur. L'hyperesthésie occupe le champ de distribution des branches du nerf crural antérieur, tandis que les parties innervées par le sciatique sont normales ou anesthésiées. L'hyperesthésie est un phénomène constant dans les expériences bien menées, c'est-à-dire dans celles où on réussit à entretenir la permanence de l'irritation, mais non dans celles où il y avait des phénomènes paralytiques. L'hypérémie augmente du deuxième au quatrième jour pour rester permanente pendant quatre à cinq mois. L'animal est à la fin sacrifié, et l'examen microscopique des vaisseaux révèle des altérations notables dans la structure de la tunique adventice seulement, si l'irritation n'a été entretenue que pendant quelques mois, et intéressant à un degré variable les trois tuniques de l'artère, si l'expérience a duré jusqu'à dix-huit mois et même deux ans.

Dans un degré inférieur, on observe une multiplication et une dilatation des vasa-vasorum de la tunique adventice, puis ces capillaires pénètrent dans la tunique moyenne en s'y ramifiant, en en clivant pour ainsi dire les diverses couches qui sont bientôt traversées et dissociées. Dans un processus plus avancé, les vasa de la tunique moyenne s'entourent d'éléments cellulaires et de fibrilles de tissu conjonctif; les fibres musculaires dissociées sont partiellement atrophiées, elles disparaissent çà et là, cédant la place au nouveau tissu inflammatoire. On pourrait comparer ce qui se passe à une sorte de cirrhose de la tunique moyenne. Dans un stade ultérieur, la disparition des éléments constitutifs de la tunique moyenne est plus accentuée, l'atrophie est générale et porte également sur le tissu de nouvelle formation et sur le réseau des vasa-vasorum. La membrane interne est atteinte à son tour, elle se confond avec la tunique adventice, tandis que les faisceaux de fibres élastiques anhistes s'amincissent et se raréfient.

Les vaisseaux du membre opposé, opéré sans irritation consécutive du nerf, n'ont presque pas subi de modifications. Au contraire de l'autre côté, les grands vaisseaux présentent çà et là, dans leur trajet, des dilatations comparables à des anévrysmes au début.

Ces faits constituent la première démonstration expérimentale de l'influence du système nerveux sur la nutrition des vaisseaux. Ils paraissent devoir être attribués à l'irritation des nerfs vaso-dilatateurs déterminant d'abord la dilatation des vaisseaux et celle de leurs vasa-vasorum, puis la formation de nouveaux vaisseaux et tous les autres phénomènes d'artérite concomitants. (*On the influence of the nervous system in the production of diseases of the blood-vessels. Brit. Med. Journ.,* June 9, 1883.) — L. Dn.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 19 au 25 octobre 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 939. — Fièvre typhoïde, 45. — Variole, 5. — Rougeole, 4. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 31. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 1. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 37. — Phthisie pulmonaire, 181. — Autres tuberculoses, 9. — Autres affections générales, 60. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 40. — Bronchites aiguës, 31.— Pneumonie, 38. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 37; au sein et mixte, 41; — inconnues, 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 91; circulatoire, 65; respi-

ratoire, 82; digestif, 39; génito-urinaire, 22; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulat. et muscles, 4. — Morts violentes, 30. — Causes non classées, 9.

Dr Jacques BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

RÉSUMÉ DE LA 43e SEMAINE. — 942 décès seulement ont été notifiés au service de la statistique municipale pendant la semaine dernière. La mortalité parisienne, qui s'était un peu élevée pendant les deux dernières semaines, est donc retombée à un chiffre très favorable.

La comparaison des chiffres de la semaine actuelle avec ceux de la semaine précédente fait ressortir peu de changements en ce qui concerne les maladies épidémiques, qui continuent à être généralement rares.

La Fièvre typhoïde (45 décès au lieu de 41) est fréquente, comme elle l'est depuis quatre ans. Toutefois, ses victimes sont moins nombreuses qu'on ne pourrait le craindre, étant donnée la saison; son taux actuel ne dépasse pas le niveau qu'il atteignait au mois d'août. On remarquera que le XXe arrondissement, ordinairement réfractaire à la Fièvre typhoïde, compte cette semaine 5 décès dus à cette cause. C'est certainement le resultat d'un hasard sans importance.

La Variole (5 décès au lieu de 3), la Rougeole (4 décès en chacune des deux semaines) continuent à être très rares.

La Scarlatine n'a pas causé un seul décès pendant la semaine actuelle.

L'atténuation que nous avions remarquée pour la Coqueluche pendant la semaine dernière, se maintient. On peut donc espérer que l'épidémie de Coqueluche qui avait sévi pendant six mois à Paris est en voie de disparition.

La Diphthérie n'a présenté qu'une atténuation insignifiante) 31 décès au lieu de 35).

Parmi les maladies saisonnières, la Bronchite (31 décès au lieu de 18) et la Pneumonie (58 décès au lieu de 49) sont en voie d'accroissement, tandis, qu'au contraire, l'Athrepsie des jeunes enfants continue à diminuer rapidement de fréquence (82 décès au lieu de 89 et de 117 pendant la semaine précédente). Ce sont les résultats naturels de l'automne.

On a notifié au service de statistique 433 mariages et 1,203 naissances (619 garçons et 584 filles) dont 891 légitimes et 312 illégitimes; 51 parmi ces dernières ont été l'objet d'une reconnaissance immédiate par l'un des deux parents au moins.

COURRIER

UNIVERSITÉ DE FRANCE. — *Faculté de médecine de Paris.* — Le Président du Conseil, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, arrête :

Article 1er. — M. Richelot, agrégé, est chargé pendant le 1er semestre de l'année scolaire 1883-1884, du cours auxiliaire de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris.

Article 2. — M. le vice-recteur de l'Académie de Paris est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 11 octobre 1883. J. FERRY

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Michaud, décédé à Meximieux, à l'âge de 70 ans. M. Michaud était le gendre de M. Coletta, qui pendant près de 60 ans a exercé la médecine à Meximieux; il était le père de Jules Michaud, chirurgien-major désigné de la Charité de Lyon, mort en 1878, avant d'avoir pu prendre possession de son poste.

— Nous apprenons également la mort de M. le docteur Gerin, de Rives (Isère). Il avait été reçu interne des hôpitaux de Lyon en 1847.

Maladies des yeux et des oreilles. — M. le docteur Boucheron, ancien interne des hôpitaux, commencera un cours élémentaire et complet d'ophtalmologie le lundi 20 octobre, à 2 heures, et le continuera les vendredis et lundis suivants à sa Clinique, 53, rue Saint-André-des-Arts.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

BULLETIN

L'ataxie d'origine syphilitique.— Il y a quelques mois, un de nos professeurs, sympathique entre tous, habile à captiver des lecteurs aussi bien qu'à charmer un auditoire, à parler longuement sans être diffus, à se répéter sans devenir fatigant, à si bien montrer les faits dans tous leurs replis qu'on est forcé d'y croire et qu'on pense les avoir inventés, un maître enfin dont la séduction serait un péril si le travail et l'observation clinique incessante n'étaient la base de son enseignement, publiait un livre inattendu pour démontrer l'origine syphilitique du tabes dorsalis.

Les faits confirmatifs et les contradictions surgirent aussitôt. Nous avons publié, depuis le commencement de cette année, les travaux de MM. Abadie, Dubuc, Desplats, de Ranse et les discussions qui en furent la suite. Aujourd'hui, toujours curieux des faits inédits que veulent bien nous envoyer nos confrères des départements, toujours empressé à recueillir leur témoignage dans les questions qui s'agitent, et heureux de reconnaître que l'*Union médicale* ne fait pas une œuvre stérile en leur portant un écho de nos débats scientifiques, nous donnons la parole à M. le docteur J. Bertin (de Gray).

« Je vous adresse, nous écrit notre savant confrère, une observation intéressante d'ataxie locomotrice dont l'origine syphilitique n'était pas démontrée, et qui cependant, traitée par le sirop de Gibert, a guéri promptement malgré la gravité apparente des symptômes. La *guérison complète* remonte à *quinze ans*. J'ai vu le malade aujourd'hui même (18 octobre), et il jouit d'une bonne santé.

« Le 17 juin 1868 se présentait à mon cabinet, où il était venu en voiture, un homme de 35 ans, menuisier, malade depuis dix mois. Il était soutenu, on pourrait dire porté par sa femme; il marchait avec la plus grande difficulté, projetant en masse ses membres inférieurs raidis, et frappant le sol du talon. Il accusait des *douleurs fulgurantes*, des *crampes dans les mollets;* depuis quelque temps il avait de l'*anesthésie* des jambes et il lui semblait *marcher sur un tapis.*

« Trois médecins consultés avaient institué un traitement par des révulsifs : vésicatoires, ventouses sèches et scarifiées, pointes de feu. J'avais sur mes honorables confrères l'avantage de connaître le résultat d'un traitement antérieur; je cherchai d'un autre côté.

« Le malade niait la syphilis; mais il avait été soldat, et l'ayant interrogé avec insistance, j'appris qu'en 1858 il avait contracté un écoulement selon lui insignifiant, guéri en moins de quinze jours.

« Pour moi, la porte avait été ouverte; qu'était-il entré?...

« J'instituai un traitement antisyphilitique, que le malade consentit à suivre régulièrement : sirop de Gibert, 3 cuillerées à soupe par jour. Le 23 juin, c'est-à-dire moins de huit jours après, le malade revint me voir pour me dire qu'il était beaucoup mieux; et le 4 juillet, il m'annonçait que les douleurs fulgurantes avaient disparu et que les crampes des mollets n'existaient plus que dans la marche un peu prolongée.

« Bref, moins de deux mois après l'institution du traitement, le malade venait me voir à pied, se considérant comme guéri. Je lui prescrivis néanmoins de continuer le traitement avec des interruptions de plus en plus grandes; mais, après quatre mois, il cessa complètement. Je l'ai revu,

comme je vous le disais, aujourd'hui même ; il se rappelle toutes les phases de sa maladie, et ne s'en est jamais ressenti depuis quinze ans. »

Voilà une observation confirmative de celles de M. Desplats. Notre confrère de Lille, plus royaliste que le roi, reproche à M. Fournier d'avoir nié la guérison du tabes par le mercure et l'iodure de potassium, et a donné deux exemples qui mettent en lumière l'influence réellement curative du traitement spécifique (*Union méd.*, 27 septembre).

D'autre part, nous connaissons les doutes qu'on a élevés sur le sens de ces faits cliniques. Il ne s'agirait pas de l'ataxie vraie, primitive. Dans le cours de certaines maladies cérébro-spinales, par la propagation des lésions anatomiques aux bandelettes externes des cordons postérieurs, surviennent quelquefois des symptômes tabétiques accidentels qui ne sont pas la maladie de Duchenne et qui peuvent se confondre avec elle. Or, si le fait se produit dans un cas de syphilis des centres nerveux, il n'est pas étonnant que le traitement spécifique enraye cette ataxie secondaire ; mais on n'en peut rien conclure pour l'ataxie locomotrice proprement dite. Enfin, le mercure et l'iodure de potassium ne peuvent-ils réussir que dans la syphilis? Et les rémissions prolongées, ou même les guérisons du tabes qu'on leur doit, prouvent-elles absolument son origine spécifique?

Autant de questions qui doivent rester longtemps encore sans réponses définitives. Mais l'intérêt très vif du débat qui s'est engagé sous l'impulsion de M. le professeur Fournier, nous engage à recueillir avec zèle de nouveaux documents. — L.-G. R.

Contribution à l'étude de l'ictère malin,

Par M. le docteur Rousseau, directeur de l'asile d'aliénés d'Auxerre.

Pendant la terrible épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur la ville d'Auxerre à partir du mois de septembre 1882 et dont la durée a été d'environ six mois, l'asile des aliénés s'est vu complètement épargné et n'a eu à enregistrer que des cas d'embarras gastrique dont quelques-uns, bien que présentant au début une certaine apparence de gravité, se sont terminés sans aucun accident et en quelques jours. Au printemps de 1883, ces indispositions sont devenues de plus en plus fréquentes, et, au milieu de l'été, le même processus pathologique se compliquait d'un état bilieux avec toutes les formes et tous les degrés de l'ictère. C'est pendant le cours de cette constitution médicale, — qui du reste persiste encore aujourd'hui, — que nous avons rencontré presque coup sur coup quatre cas d'ictère malin. Cette redoutable affection étant relativement assez rare, nous l'avons étudiée avec le plus grand soin, au double point de vue de la symptomatologie et du traitement, et voici le résultat de nos investigations.

Obs. I. — D... (Constance) est une femme de 52 ans qui habite l'asile depuis 1860, et qui est atteinte de démence terminative d'un délire mélancolique.

22 juin 1883. Depuis quelques jours, cette malade est courbaturée, l'appétit fait défaut, la peau prend une teinte ictérique. Le pouls est très fréquent. Cette femme est difficile à examiner à cause de son indocilité et de son état de démence.

23. 76 pulsations, l'ictère se prononce de plus en plus ; pas de douleur hépatique, diarrhée sanglante et infecte, abattement profond. La langue est sèche, la malade n'accepte rien de ce qu'on lui prescrit.

24. 116 pulsations. On ne trouve pas la matité ordinaire de la région hépatique. Il existe de ce côté une certaine résonnance, comme si l'organe ne remplissait pas exactement la cavité où il est renfermé. Les forces sont complètement sidérées ; somnolence presque continue.

25. Les hémorrhagies passives continuent, la peau est fraîche, tout le corps répand une odeur infecte, le pouls est très fréquent, mais à peine perceptible.

Décédée le 26 juin 1883.

Autopsie : Le tégument externe est le siège d'un ictère dont la teinte est excessivement foncée.

A l'ouverture de la boîte crânienne, on constate un épaississement considérable des os qui lui sont propres. Les frontaux mesurent une épaisseur de 12 millimètres.

Poids de l'hémisphère droit.	500 gr.
— hémisphère gauche	490
— isthme, bulbe, cervelet.	160
Le poids total de l'encéphale est donc de. . . .	1,150 gr.

Les circonvolutions frontales sont remarquablement petites, atrophiées, mal dessinées et contiennent très peu de substance grise.

Les poumons sont sains dans toute leur étendue.

Le cœur est petit, mou, flasque. Le myocarde, l'aorte, l'artère pulmonaire sont fortement colorés en jaune.

La rate pèse 85 grammes, son tissu est ferme, elle est petite et présente une coloration d'un rouge pourpre,

Le foie pèse 1,100 grammes, ses surfaces ont conservé leur étendue normale; mais il a diminué d'épaisseur. La capsule de Glisson offre des rides, signe évident que l'organe a perdu de son volume primitif. Le parenchyme est mou, flétri, il est affaissé contre la paroi postérieure de la cavité abdominale. Sa couleur est d'un jaune intense; on distingue les acini à leur teinte plus pâle. Les voies biliaires et la vésicule sont libres, elles renferment, au lieu de bile, un liquide muqueux très faiblement coloré.

Le péritoine offre quelques ecchymoses.

La muqueuse intestinale est tomenteuse et légèrement ramollie.

Les reins pèsent chacun 120 grammes; le droit est fortement coloré par les éléments de la bile, tandis que le gauche s'est montré presque complètement réfractaire à cette imprégnation,

Obs. II. — D... (Jean-Edme), âgé de 53 ans, a été admis dans l'établissement le 5 septembre 1860; il était atteint de lypémanie et se trouve aujourd'hui dans un état de démence confirmée.

21 juin 1883. Depuis quelques jours, ce malade se plaint de courbature, de brisement dans les membres inférieurs, d'anorexie. Un ictère apparaît graduellement. Le pouls donne 116 pulsations. A la percussion, les dimensions du foie paraissent normales, il n'existe pas non plus de douleur de ce côté.

22. 126 pulsations.

23. 110 pulsations. L'ictère se prononce de plus en plus; le malade éprouve des épreintes très douloureuses; toutes les dix minutes, il se présente à la garde-robe; il rend d'abord des matières excrémentitielles sanglantes, puis des caillots exempts de tout mélange.

La langue est sèche et noire, ce malade s'agite, délire et devient très loquace. La soif est ardente. Outre les astringents, on lui administre, dans le but d'arrêter la destruction des cellules hépatiques, l'iodure de potassium à l'intérieur, et on lui fait sur la région du foie des applications de cataplasmes et de pommade iodurée.

25. 100 pulsations, température 37,5. Il n'a été qu'une seule fois à la selle pendant les dernières 24 heures; les matières sont toujours imprégnées de sang, les urines sont fortement chargées de bile, sans aucune teinte cruorique. La langue est un peu plus humide, sensation de la faim, soif moins vive. La région hépatique est plus sonore qu'à l'état normal. Le malade est absorbé, il ne répond que quand on l'interroge et très brièvement. On continue le même traitement qui semble avoir donné de bons résultats, du reste il n'a pas varié durant la période aiguë de la maladie.

26. 92 pulsations. La température reste la même.

L'ictère semble diminuer, le mélœna persiste, mais le sang n'est plus rendu sous forme de caillots, la langue est toujours noire, mais plus humide, la peau est fraîche et l'appétit renaît visiblement. Le malade se montre maintenant loquace, il s'est levé un instant, parce qu'il est horriblement fatigué du lit et a réclamé avec instance un peu de salade.

27. 78 pulsations, le mieux se soutient.

28. 90 pulsations, les matières fécales ne contiennent plus de sang et deviennent grises. La langue est presque naturelle. Il se plaint de la faim et reste levé avec satisfaction.

30. L'agitation et la fièvre reparaissent. La peau est presque décolorée; faiblesse extrême, anémie profonde.

2 juillet, 116 pulsations; abattement extrême, œdème de la face et des extrémités supérieures et inférieures.

A partir du 9 juillet, ces divers accidents ont commencé à diminuer progressivement,

mais la convalescence a été longue et pénible. Au milieu du mois d'août, l'œdème avait complètement disparu, et ce n'est qu'un mois plus tard qu'il a pu reprendre ses occupations comme jardinier.

On n'a jamais constaté d'albumine dans les urines.

Obs. III. — V... (Franche-Stérophile) est âgée de 43 ans et a été placée à l'asile le 10 juillet 1883 pour une affection épileptique compliquée de délire maniaque.

7 septembre 1883. Courbature générale, teinte jaunâtre des sclérotiques, a vomi dans la soirée.

8. 60 pulsations tout à fait irrégulières. L'ictère se prononce rapidement; la région hépatique est très douloureuse. Langue sale, sèche; diarrhée liquide, bilieuse, infecte. La malade refuse toute médication.

9. Même irrégularité du pouls, la muqueuse linguale est de plus en plus sèche, la soif est très vive, il existe un sentiment de strangulation dans la gorge. La douleur hépatique persiste, le foie semble posséder ses dimensions normales. Les matières rendues sont noires, mélœniques.

10. 108 pulsations régulières. La langue est complètement desséchée et recouverte d'un épais enduit de couleur très foncée. La région hépatique n'est plus douloureuse, mais l'épigastre est devenu très sensible. La soif est inextinguible. Somnolence.

11. 106 pulsations très faibles, douleur épigastrique plus violente que la veille, courbature générale, brisement des membres, somnolence presque continue; la diarrhée conserve les mêmes caractères.

12. La somnolence augmente, il faut fortement l'exciter pour la réveiller et obtenir d'elle quelques paroles. L'hémorrhagie intestinale est plus abondante, les boissons tombent dans l'estomac comme dans un vase inerte. La douleur épigastrique a cessé.

13. Le pouls est insensible, la peau est froide, la prostration complète. Les selles se répètent jusqu'à quinze fois dans les vingt-quatre heures, elles sont liquides, sanguinolentes, fétides. On a pu faire accepter à la malade une potion iodurée, quelques astringents et des toniques.

14. La langue est meilleure, la parole plus facile. Elle se plaint de céphalalgie, de froid aux pieds et développe plus de spontanéité. La soif est toujours très vive; la diarrhée, encore très abondante, contient cependant moins de sang. Le pouls s'est relevé, il est plus large et bat 82 fois à la minute.

15. 54 pulsations faibles et irrégulières, céphalalgie, douleur dans les genoux et les talons. La langue est meilleure, l'enduit qui la recouvrait a disparu, et elle devient humide. L'ictère est moins prononcé, la malade n'a eu que trois selles, mais elles étaient davantage chargées de sang.

Mort le même jour à 7 heures du soir. L'autopsie n'a pas été pratiquée.

Obs. IV. — L'observation suivante ne mérite pas d'être rapprochée des cas graves qui viennent d'être cités; mais elle présente encore un certain intérêt parce qu'elle semble se rapporter à une forme réduite de l'ictère malin. La malade dont il s'agit a été prise brusquement de lumbago et de violentes douleurs dans les articulations des pieds. On crut d'abord à une simple attaque de rhumatisme, affection à laquelle elle avait déjà payé plusieurs fois son tribut.

L'ictère s'est ensuite développé, se compliquant de fièvre, d'élévation de la température, d'anorexie, d'abattement, d'embarras de la parole, et d'une extrême sensibilité non seulement de la région hépatique, mais encore de tout l'abdomen. La langue devient brune, sèche; il y eut quelques vomissements, de la diarrhée, mais pas d'hémorrhagie. La durée des accidents a été de trois semaines environ, l'iodure de potassium a été employé intus et extra, et aujourd'hui la malade est en pleine convalescence, mais elle souffre toujours dans le ventre et principalement dans la partie sous-ombilicale.

Il est bon de noter que les accidents rhumatismaux se sont reproduits à plusieurs reprises et ont évolué parallèlement.

Sur ces quatre malades dont nous venons de rapporter l'observation, on compte trois femmes pour un homme. Ce dernier était employé dans les jardins de l'établissement, menait une existence active et se trouvait dans d'excellentes conditions hygiéniques. Au contraire, les trois femmes étaient des aliénées agitées et dangereuses qui habitaient presque continuellement le quartier cellulaire. Ce bâtiment est situé en contrebas des autres pavillons de l'asile, il est humide et laisse à désirer au point de vue de la salubrité.

Les prodrômes se sont fait remarquer par une courbature générale et le

brisement des membres. Quant aux symptômes de la maladie confirmée, ils n'ont rien présenté de spécial et qui mérite d'être retenu.

Le traitement par l'iodure de potassium, si l'on n'a pas eu affaire à une simple coïncidence, semble avoir fourni des résultats remarquables. Le malade qui fait l'objet de la seconde observation et qui paraissait aussi gravement atteint que possible, a vu son état s'améliorer aussitôt que cette médication lui a été administrée.

L'épileptique, qui vient en troisième lieu, a refusé au début toute espèce de médicaments, et lorsqu'enfin elle a fini par se soumettre aux prescriptions médicales, un certain changement favorable s'est opéré chez elle. On a eu même un instant d'espoir, mais ses forces étaient épuisées par la diarrhée et les pertes de sang.

Dans la dernière observation, il est difficile de savoir si l'iodure de potassium a été capable d'entraver la marche de la maladie, ou si cette dernière possédait originellement un caractère de bénignité qui lui assurait une terminaison favorable, même en dehors de toute intervention.

Quoi qu'il en soit, il y aurait peut-être intérêt à instituer de nouvelles expériences afin de bien déterminer l'action de ce médicament et de reconnaître s'il est réellement utile dans les affections aiguës et atrophiantes de la glande hépatique.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La réunion d'automne de l'Association de la Gironde et les Syndicats médicaux.

Le 21 octobre dernier, nos confrères girondins avaient pris rendez-vous dans la petite ville de Cadillac, et cette journée marquera dans les annales de l'Association des médecins de la Gironde. Il s'agissait de tenir la session annuelle et de discuter la question des rapports entre les *Syndicats médicaux et l'Association.*

Ce débat avait attiré des sociétaires de tous les points du département, et, dans le scrutin terminal, quatre-vingts membres ont pris part au vote. C'est que la lutte qui se préparait devait être ardente; les champions des Syndicats étaient en nombre, et les avocats de la partie adverse, gens convaincus et de talent.

M. Lanelongue ouvre la séance, et, aussitôt après son éloquent discours, le secrétaire de la *Commission d'étude des Syndicats*, M. Hameau, lit un rapport qui fait honneur à sa plume élégante. Avec MM. Lande, Lasalle, Mauriac et Henri Verdalle, il propose à l'Association d'entrer en rapports avec les Syndicats. Pour quels motifs? — « *Parce que*, « dit-il, *les Syndicats seront pour la famille médicale un bien ou un mal, une source de profits* « *légitimes ou de déconsidération finalement ruineuse; pour l'Association, un complément* « *nécessaire ou un ferment fatal, — selon la direction qui leur sera imprimée.* »

D'après la Commission, la solution de ce problème est urgente. Il y a donc nécessité immédiate « pour l'Association générale d'intervenir et de régler les rapports sympa- « thiques qui doivent unir les deux institutions en les fortifiant l'une et l'autre. »

Cette argumentation s'est terminée par des conclusions engageant l'Association des médecins de la Gironde à accorder son appui moral aux Syndicats du département et à se mettre à leur disposition, comme tribunal d'honneur, pour trancher les difficultés déontologiques et les différends professionnels entre les membres de ces Syndicats.

Ainsi posée, la question est d'ordre vital pour l'Association de la Gironde, et la solution adoptée aura une incontestable influence sur les relations des médecins du département entre eux et l'avenir de leur profession.

La discussion de ces propositions a bien montré que les membres de la réunion s'en rendaient compte. M. Levieux répond au rapporteur et déclare que les Syndicats ont, à tort ou à raison, l'inconvénient d'aliéner la liberté du médecin et de donner à une profession libérale « les apparences d'un métier. » — Et puis l'urgence de créer ces Syndicats est-elle si évidente? « Je ne crois pas, ajoute-t-il, que cette injonction soit aussi « pressante qu'on veut bien le dire. Il arrive si souvent que des personnes intéressées « à répandre une idée entreprennent de la rendre populaire! Ils l'affirment, ils la repro- « duisent sous des formes diverses; ils l'émettent à tout venant, et cette prétendue voix « du peuple, *vox populi*, n'est en réalité que le résultat d'une agitation factice. »

Réflexions sévères, mais justes à l'égard de personnalités tapageuses, plus enclines à poser les questions qu'à les résoudre. Néanmoins, il y a dans cette question autre chose qu'une agitation factice. La création des Syndicats est en rapport avec l'état de malaise de la profession médicale; elle n'est qu'un épisode de ce grave problème. En est-elle la solution? C'est avec des arguments courtois et la sanction de l'expérience qu'on pourra le prouver. Des dénégations ou des affirmations ne suffisent pas pour conduire à une solution et faire la lumière sur ce mouvement de l'opinion médicale, factice ou non, peu importe, mais assurément bien digne d'être pris en considération.

M. Lasalle, qui répond à M. Levieux, est un enthousiaste des Syndicats. Chaleureuse a donc été son apologie de ces Sociétés. M'est avis, cependant, que le rapporteur, M. Hameau, n'avait pas tout à fait tort de regretter le terme de *Syndicat*, sous lequel on les designe. Ce mot mal choisi prête à la critique, et, vis-à-vis du public, à une interprétation fâcheuse des intentions, excellentes d'ailleurs, des adhérents aux Syndicats. M. Lasalle ne le croit pas et ce mot est aussi irréprochable que l'institution, si nous en croyons l'analyse de son discours que publie le *Journal de médecine de Bordeaux.*

D'ailleurs, pour cet estimé confrère, l'Association n'a pas assez fait pour l'amélioration du sort des médecins de campagne. Le reproche, s'il était motivé, serait bien grave; mais il attend sa justification. Il suffit de lire les rapports annuels des secrétaires de l'Association générale pour se convaincre de ses efforts courageux et de l'impuissance légale à laquelle l'Association est à regret trop souvent condamnée. Ne sait-on pas, par exemple, que l'Association des médecins de France n'a pu obtenir encore les faveurs du Conseil d'Etat? Les syndicats seront-ils plus heureux? Il y aurait lieu de le prouver autrement que par des assurances et des affirmations.

Pour notre confrère girondin, — « il faut donc choisir entre les Syndicats, c'est-à-dire « le groupement pour la défense de nos droits et de nos intérêts et les « bénédictions de « M. Levieux. » Réplique à coup sûr mordante, mais dont MM. Rafaillac et Chaberly, qui sont aussi partisans des Syndicats, ont atténué la vivacité par des arguments d'une allure plus modérée. Enfin, M. Lande se lève à son tour et recommande à l'Association son concours moral, seul moyen, dit-il, d'éviter le mal qu'on impute aux Syndicats. Cette protection mettrait peut-être un frein aux regrettables exagérations dont on les accuse, à tort ou à raison, dans quelques départements où ils ont pour parrains des personnalités aussi bruyantes qu'encombrantes.

Voici, cependant, une objection légale du conseil judiciaire de l'Association, M. Verdalle. Elle mérite méditation, il me semble ; car les Syndicats actuels possèdent des précurseurs. En 1859, la Société médicale de Bar-sur-Seine voulut aussi imposer un tarif d'honoraires, diviser les malades en catégories et fixer le prix des visites ou des opérations. Les membres s'engageaient à exécuter ce tarif et créaient ainsi une sorte de chambre syndicale. Le préfet s'en émut, on en référa au ministre et la Société fut mise en demeure de renoncer à ce tarif sous peine d'une dissolution. On était sous l'empire. En serait-il autrement sous la République? Rien n'autorise à penser autrement en l'absence d'une législation plus libérale à l'égard des Sociétés. La loi sur les Syndicats, toujours promise et toujours ajournée, attend encore à l'heure actuelle le vote du Sénat.

A Cadillac, le scrutin a donné raison à la Commission et la victoire aux Syndicats de la Gironde. L'Association de ce département leur accordera donc son approbation et ses éloges. Cependant, il ne faudrait pas exagérer la valeur de ce vote, car de là à une affiliation des Syndicats avec l'Association, il y a loin assurément. Dans ce débat, il n'y avait, en réalité, ni vainqueurs ni vaincus, et le banquet terminal, où les coupes s'entrechoquaient avec cordialité, témoigne que les membres syndiqués ne demandent pas un divorce avec les membres non syndiqués. D'ailleurs, il me semble qu'ils ont tout à gagner à cette protection et à l'adoption d'une réglementation conforme aux règlements de l'Association générale.

Néanmoins, on méconnaîtrait l'importance des faits, en passant sous silence les incidents qui ont été l'épilogue de cette réunion. D'après la *Gazette hebdomadaire de Bordeaux*, le lendemain les membres du bureau, qui avaient gardé le silence pendant cette discussion, auraient démissionné en masse. Par cette décision, — « MM. Denucé, Vergely, « Lanelongue, Moussous, Hirigoyen, Dubreuilh, Burgueux et Levieux protesteraient non « pas contre la création des Syndicats, mais bien contre l'affiliation que le vote tend à « établir entre l'Association et d'autres Sociétés qui en diffèrent sensiblement par le but « qu'elles poursuivent. »

Il serait regrettable que ce vote fût l'origine de plus graves dissentiments dans l'Association des médecins girondins. Faudrait-il donc encore une fois que le défaut d'entente et l'absence de toute cohésion dans des efforts visant au même but par des moyens différents montrent l'impuissance du corps médical dans la défense raisonnable de

ses intérêts moraux et professionnels ? Entre les impatiences bien excusables des uns et les craintes légitimes ou non des autres, n'est-il pas possible, comme le demandaient M. Hameau et ses collègues de la Commission d'étude, d'établir un « trait d'union sym- « pathique entre deux institutions, ayant l'une et l'autre pour objet l'amélioration du « bien-être dans la famille médicale. » D'ailleurs, il faudrait le rappeler à ceux des Syndicats qui l'oublieraient; pour être efficaces, ces institutions doivent être restreintes, indépendantes les unes des sutres, appropriées enfin aux habitudes de chaque localité et à la topographie du pays. Des *cercles médicaux*, nom bien préférable à celui de Syndicats, qui éveille les susceptibilités du public, pourraient rendre d'incontestables services. Quant à la fédération des institutions entre elles, elle ne peut être utile que si elle a lieu par l'Association, dont le but est plus élevé et plus général.

Une proposition de MM. Coriveaud, Lande et Verdalle a terminé la réunion de Cadillac. Voté par des acclamations unanimes, ce projet consiste dans la création d'une *caisse de pensions de retraite* à l'instar de celle des médecins belges. La solution de cette importante question s'impose donc à l'attention de toutes les Associations médicales du pays. Isolées, elles ne peuvent la résoudre; mais, unies dans leur commun effort, elles passeraient vraisemblablement du domaine des hypothèses dans celui des faits.

Ainsi donc, à tort ou à raison, la discussion est ouverte entre les médecins syndiqués et non syndiqués. Quel en sera le résultat? Il faut désirer une transaction prochaine dans l'intérêt des institutions existantes du département de la Gironde. En eux-mêmes, ces débats devraient, il me semble, ne causer ni appréhensions ni regrets. Ils démontrent l'existence du mouvement d'opinion en faveur du principe de l'Association, et bien dirigé ce mouvement ne peut que lui être profitable.

A coup sûr, l'*Union médicale*, qui presque seule a pendant longtemps défendu ce principe et démontré la nécessité d'une Association entre les médecins de France, ne se désintéresse pas de ces luttes, pourvu toutefois qu'elles aient un but final réellement pratique. Une enquête contradictoire et publique est nécessaire; puisse-t-elle avoir pour résultat un règlement amiable des rapports des Syndicats, ou mieux des *Cercles médicaux* avec l'Association, et comme sanction le projet cher à M. Lande, d'une Caisse de pensions de retraite! Ce projet, comme d'autres encore, ne serait d'ailleurs réalisable que par l'Association et avec l'Association générale, jusqu'ici gardienne vigilante des intérêts moraux et professionnels du Corps médical français. — Ch. E.

Congrès de l'Association américaine de dermatologie en 1883.

Délaissée à tort par la majorité des médecins, la dermatologie n'a pas encore pris la place qui lui appartient dans les programmes officiels des études médicales. Trop peu d'étudiants cherchent à acquérir au lit du malade ce coup d'œil clinique si nécessaire pour le diagnostic des affections cutanées.

Cependant, par les discussions pathogéniques qu'elle provoque, par ses applications thérapeutiques immédiates, cette branche des connaissances médicales présente un grand intérêt pour les praticiens. On l'a bien compris de l'autre côté de l'Atlantique, et depuis quinze ans la Société de dermatologie de New-York s'efforce d'inspirer aux jeunes médecins le goût de ces études. Elle est secondée dans cette œuvre par l'Association américaine de dermatologie qui a tenu les 29, 30 et 31 du mois d'août dernier son septième Congrès annuel. Le nombre de ses membres témoigne de la faveur avec laquelle ces tentatives ont été accueillies dans le public médical des divers Etats de l'Amérique du Nord. De plus, remarque qui a sa valeur pour les futurs Congrès savants de notre pays, la direction imprimée aux débats et la nature même des communications montrent bien quel est l'esprit pratique des organisateurs de ces savantes réunions. C'est là un élément de leur succès et un fécond exemple à suivre. Puissent les organisateurs des Congrès français en faire leur profit.

Ainsi, à propos du *traitement de l'acné*, M. Piffard a discuté les indications thérapeutiques de cette maladie, surtout au point de vue clinique. Il rappelle que sa cause lointaine existe dans des troubles gastriques, intestinaux, utérins ou autres, et sa cause prochaine, dans l'inflammation des glandes sébacées. La *forme vulgaire et aiguë* est justiciable du sulfure de calcium, du bromure d'arsenic et du traitement externe par l'incision, les applications d'eau chaude ou les pommades à la belladone. Dans l'*acné vulgaire subaiguë*, M. Piffard préfère aussi le sulfure de calcium, l'iodure de potassium, l'ergot et le mercure.

Il emploie l'ergot à la dose quotidienne de 20 à 30 grains par la méthode de Denslow (de New-York), en même temps que les moyens externes d'irritation substitutive. Contre

les *comédons*, il recommande le traitement mécanique, et contre l'*acné indurée* la même médication que dans les formes vulgaires.

Une discussion s'élève alors, à laquelle prennent part MM. Van Harlingen (de Philadelphie), Alexander, Scherwell, Graham et Stillwagon. Avec le président, M. Taylor, on en peut conclure à la nécessité d'un traitement général et à l'utilité des préparations mercurielles dans le traitement local.

Au traitement de l'acné succède une discussion sur la *dermatite exfoliatrice généralisée*. M. Graham, au moyen de trente-quatre observations, étudie cette nouvelle venue parmi les dermatoses et lui attribue deux formes cliniques, l'une aiguë et l'autre chronique. Cette dernière aurait deux variétés : la *dermatite exfoliatrice rouge*, dans laquelle l'hyperémie et l'exfoliation marchent parallèlement, et la *dermatite exfoliatrice bulleuse* caractérisée par des exsudations séreuses précédant l'exfoliation. A côté de la première de ces variétés, on peut placer le pityriasis rubra, et avec la seconde le pemphigus foliacé. Cette opinion, à laquelle adhèrent plus ou moins MM. Atkinson et Fox, a été combattue par MM. Piffard et Taylor qui la repoussent parce qu'elle aurait l'inconvénient d'établir une confusion entre ces trois affections distinctes, bien que difficiles à diagnostiquer; tandis que M. Morrow considère cette maladie comme une dystrophie d'origine nerveuse.

L'*impétigo contagiosa*, la *lèpre dans le Nouveau-Brunswik* et la *maladie de Paget* (*dermatite papillaire maligne)* ont été dans la même séance l'objet des savantes communications de MM. Sherwell, Fox et Stillwagon.

En étudiant la *pathogénie des éruptions médicamenteuses*, M. Morrow s'est rallié à la théorie de l'influence nerveuse pour expliquer ces phénomènes, et à l'existence, chez certains malades, d'idiosyncrasies qui les y prédisposent. Parmi les autres questions qui ont encore été discutées, signalons ; celle du *psoriasis palmaire*, du *pseudo-psoriasis palmaire* et des *formes cutanées de la syphilis*, qui ont fait l'objet des savantes remarques de MM. Taylor, Hyde, Alexander et Sherwell.

A propos du traitement du *lupus érythémateux*, M. Duhring a recommandé les lotions avec un mélange de sulfate de zinc et d'hyposulfite de potasse. Dans les formes superficielles de cette affection, il en aurait retiré des bénéfices; mais M. Fox préfère l'emploi de l'acide phénique pur. En tous cas, la médication par les topiques caustiques, comme le font remarquer MM. Piffard et Alexander, est bien inférieure aux méthodes sanglantes ou à la cautérisation ignée. Ces médecins préfèrent donc ces dernières et surtout le traitement combiné par la curette suivi de la cautérisation ignée. Ces procédés ne possèdent donc pas seulement la faveur des médecins de l'ancien continent ; ils ont aussi conquis les suffrages de nos confrères du nouveau monde.

Dans une remarquable *observation d'ainhüm*, M. Duhring a exposé le résultat de l'examen histologique des tissus malades. Comme il l'avait constaté, et comme les membres du congrès ont pu le vérifier sur les préparations microscopiques qui leur ont été soumises, ces lésions sont celles d'une inflammation. D'ailleurs, pour M. Duhring, comme pour M. Sherwell, cette affection, d'origine traumatique, a pour cause la ligature d'un des orteils.

Enfin le Congrès s'est terminé par deux notes de M. Hardaway sur une *éruption cutanée papillaire* et de M. Graham sur un *lymphangiome de la peau avec dermatolysis*. On était au troisième jour et les congrès scientifiques en Amérique ont en général une courte durée ; ils n'en sont pas moins riches pour cela en discussions pratiques et cette manière de procéder a l'avantage d'éviter les communications oiseuses qui encombrent trop souvent ces réunions. On prit alors rendez-vous à West-Point en 1884, et on constitua le bureau avec M. Taylor pour président, MM. Van Harlingen, Graham, Alexander et Rohé pour dignitaires. L'activité scientifique de nos savants confrères des Etats-Unis fait espérer que la prochaine session ne sera pas moins remplie que celle qui vient de finir.

Ch. Eloy.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 octobre 1883. — Présidence de M. Alph. Guérin.

M. Le Roy de Méricourt présente : 1° au nom de M. le docteur Calmette, médecin de la marine, un appareil qu'il désigne sous le nom de *pulvérisateur automatique*, appareil qui fonctionne à l'aide de la compression par l'acide carbonique;

2° De la part de M. le professeur de Quatrefages, un volume intitulé : *Homme fossile et homme sauvage; études d'anthropologie*, avec figures intercalées dans le texte.

M. Bergeron dépose sur le bureau : 1° au nom de M. docteur Frédet (de Clermont-Ferrand), un travail intitulé : *Note sur les nouveaux thermes romains de Royat*;

2° Au nom de M. le docteur Duché (de l'Yonne), un compte rendu des travaux de la Société médicale de l'Yonne en 1882.

M. Vulpian présente, au nom de M. le docteur Masset (de Montpellier), une brochure intitulée : *Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme.*

M. Dujardin-Beaumetz dépose sur le bureau : 1° le sixième fascicule de son Dictionnaire de thérapeutique et de matière médicale;

2° De la part de M. le docteur Martineau, une brochure intitulée : *Leçons sur les déformations vulvaires et anales chez la femme.*

M. Gariel offre en hommage le deuxième fascicule de son *Traité pratique d'électricité.*

M. Mathias Duval lit un rapport sur un travail de M. Testut, intitulé : *De la portion brachiale du nerf musculo-cutané,* M. le rapporteur admet avec l'auteur de ce travail que le nerf musculo-cutané ne doit plus être considéré comme un nerf distinct, mais seulement comme un gros rameau du nerf médian.

—

M Bouley lit un rapport sur une note communiquée à l'Académie de médecine, sur la culture du microbe de la morve et sur la transmission de la maladie à l'aide des liquides de culture, par MM. Bouchard, Capitan et Charrin.

La grande doctrine que la contagion est fonction d'un élément vivant, sous quelque forme qu'elle se manifeste, dans le règne végétal comme dans le règne animal, vient de recevoir une nouvelle et éclatante confirmation des recherches de M. le professeur Bouchard et de ses collaborateurs, MM. Capitan et Charrin.

Ces recherches démontrent que la morve doit être rangée dès maintenant, et d'une manière définitive, dans la catégorie des maladies microbiennes, car son microbe a pu être vu, saisi, cultivé dans des milieux appropriés et reconnu tout aussi actif comme élément de la virulence après des cultures successives, que la matière virulente puisée directement dans les lésions propres à la morve, et inoculée en nature à des organismes susceptibles.

La preuve est donc complète; le microbe seul, dépouillé de sa gangue organique par des cultures successives qui l'épurent et permettent de le voir à son œuvre dans les organismes où on l'ensemence, le microbe seul donne lieu à la manifestation de la morve caractérisée par tous ses symptômes et toutes ses lésions, tout aussi sûrement que lorsque la morve procède de la matière virulente inoculée à l'état de nature.

Voilà donc un nouveau pas qui vient d'être fait dans le domaine de la microbie.

Après avoir saisi cette occasion de mettre en relief la grande part qui revient à M. Chauveau dans la solution du problème de la nature intime de la virulence, M. le rapporteur analyse les faits contenus dans la note, qu'il rapproche ensuite d'un exposé sommaire de recherches semblables qui ont été faites à l'Institut impérial d'hygiène de Berlin, et il conclut dans les termes suivants :

En résumé, deux faits principaux ressortent de la communication faite à l'Académie par MM. Bouchard, Capitan et Charrin, au mois de décembre dernier.

Le premier est la constatation confirmée de la présence constante dans les lésions de la morve d'un bacille signalé en 1868 par MM. Christot et Kiener; le second est la démonstration expérimentale que ce bacille isolable de sa gangue organique, cultivable en dehors d'elle dans un milieu de culture approprié, est bien et exclusivement l'élément de la virulence de cette maladie, c'est-à-dire en constitue, à proprement parler, l'essence.

De pareils résultats marquent un travail d'un caractère d'assez grande originalité pour que votre commission croie devoir proposer à l'Académie de lui réserver une place dans ses *Mémoires.*

Mais la note qui vous a été communiquée n'est qu'un résumé très sommaire des recherches auxquelles MM. Bouchard, Capitan et Charrin se sont livrés pour éclairer la nature de la morve et résoudre le problème.

Votre commission pense qu'il y aurait lieu de demander aux trois expérimentateurs le travail complet dont leur note est l'expression résumée, et que c'est ce travail, en rapport par son développement avec l'importance de la question qu'ils ont étudiée, qui devrait être inséré dans le volume des *Mémoires* de l'Académie.

M. Colin (d'Alfort) n'est pas convaincu par l'exposé fait par M. Bouley des expériences de MM. Bouchard, Capitan et Charrin. Ces expériences, il les trouve trop écourtées; elles demanderaient à être plus développées. Il y en a qui n'ont pas de valeur, par exemple celles qui ont été faites sur des cobayes, des chats, des lapins; ces animaux, en effet, ne contractent pas la morve. Les chancres et les inflammations ganglionnaires données comme des signes de cette maladie sur ces petits animaux n'ont pas la signification qu'on leur a donnée. Ces lésions se développent, en effet, toutes les fois que l'on inocule à ces animaux du pus irritant ou des matières septiques; elles ressemblent aux lésions de la morve, mais n'en sont pas.

Les expériences faites sur le cheval et l'âne ont, sans doute, plus de valeur, mais elles demanderaient à être multipliées pour être démonstratives. Il faut se rappeler, en effet, que ces solipèdes sont souvent affectés de la morve, et ceux qui servent aux expériences, généralement vieux et usés, sont plus susceptibles que les autres de présenter dans les poumons des tubercules d'origine morveuse.

En outre, ces expériences, pour d'autres raisons, n'ont pas la valeur démonstrative que leur attribue M. Bouley. Quel est, en effet, le degré des cultures employées par les expérimentateurs? Aucune n'a dépassé le cinquième degré, c'est-à-dire que l'on s'est servi d'un virus pris au premier, au deuxième, au troisième, au quatrième, au cinquième jour après la mort. On employait donc une matière virulente qui avait cinq jours au maximum. Or, la virulence, dans les liquides, peut se conserver beaucoup plus longtemps, même plusieurs mois, ainsi que l'ont démontré les expériences de M. Renault sur la morve.

Il n'est nullement prouvé que dans les expériences de M. Bouchard la contagion de la virulence doive être attribuée aux microbes. Il y a toujours, en effet, même dans les virus dilués au dix millième, au cent millième, au millionième, des éléments organiques, tels que les globules du sang, de la lymphe, etc., auquels la virulence peut être attachée et qui peuvent la transmettre sans l'intermédiaire des microbes.

La seule conclusion à tirer des expériences de M. Bouchard, telles que M. Bouley vient de les exposer, c'est que la virulence peut se conserver dans les liquides de culture. Il n'en résulte nullement que la virulence a été transmise par des microbes.

Les bacilles et les bactéridies que l'on trouve, par exemple, dans les cadavres des animaux morts de fièvre typhoïde n'ont, suivant M. Colin, aucun caractère spécifique; on peut inoculer les liquides qui les contiennent à des animaux vivants sans leur donner la fièvre typhoïde; on ne leur communique que la septicémie.

M. Colin n'admet pas cet aphorisme prononcé par M. Bouley, savoir : que la virulence est fonction de l'être vivant. Il pense que la virulence est attachée aux globules sanguins, blancs ou rouges, et non pas seulement aux bactéridies dont il ne nie pas, d'ailleurs, la propriété virulente. M. Bouley est trop absolu en l'attribuant exclusivement à l'être vivant, au microbe. Suivant M. Colin, M. Chauveau n'a nullement démontré que la virulence, dans le vaccin, le seul liquide sur lequel aient porté ses expériences, fût attachée aux corpuscules solides, car, en somme, il n'a inoculé que la partie liquide du vaccin.

En résumé, en ce qui touche aux faits de contagion de la morve par les microbes, rien, suivant M. Colin, n'est moins démontré par les expériences dont M. Bouley vient de donner la relation; il ressort simplement de ces expériences que, après cinq, six, sept et huit jours les liquides de la morve ont conservé toute leur virulence, ce qui n'est contesté par personne.

M. Bouley demande à M. Colin de vouloir bien, au lieu de faire des discours, se mettre en rapport avec M. Bouchard et ses collaborateurs, qui lui montreront les faits dont il s'agit avec une évidence qui le convaincra, si incrédule qu'il soit. Quand des liquides ont été injectés à la cinquantième ou centième dilution, il n'est pas possible de venir nier que le microbe soit l'élément virulent, puisque la dilution a éliminé tous les éléments étrangers à l'élément vivant.

De ce que M. Colin n'a pas trouvé le microbe de la morve, ce n'est pas à dire que ce microbe n'existe pas; il a manqué de clairvoyance, voilà tout; tout le monde ne peut pas avoir le génie qui découvre un fait nouveau ou une vérité nouvelle.

M. Colin dit qu'il n'a jamais pu voir ces fameuses dilutions au cinquantième ou au centième dont parle M. Bouley; jamais dans le laboratoire de M. Pasteur, où il entrait quelquefois, à l'époque où il n'était pas tout à fait brouillé avec l'auteur de la théorie des microbes, jamais M. Colin n'a pu obtenir de M. Pasteur que des liquides à la première ou à la deuxième dilution, et il sait que des savants étrangers n'ont pas été

plus heureux que lui. M. Pasteur tient caché avec un soin jaloux son procédé de culture et ne le révèle qu'à ses intimes.

Dans les liquides de culture qu'il lui a été donné d'examiner, M. Colin a trouvé des éléments organiques variés auxquels la virulence pouvait être attachés aussi bien qu'aux microbes.

M. Colin dit qu'il a cherché aussi les bacilles de la tuberculose, mais en vain; jamais il n'a pu les rencontrer; il devrait suffire cependant, à défaut de génie, d'un bon microscope et de l'habitude de s'en servir.

Dans les préparations que M. Cornil lui a montrées, M. Colin n'a vu que des petits filaments qui n'avaient nullement les caractères des bacilles; jamais il n'a pu voir des bactéridies libres; Koch lui-même avoue d'ailleurs ne les avoir pas rencontrées sur tous les malades. On les trouve, à n'en pas douter, sur les cadavres des animaux et dans les tissus en voie de décomposition, mais n'ayant rien de commun avec la tuberculose. Tout le monde sait que l'on peut, par l'inoculation, développer sur les petits animaux des lésions qui ressemblent à des tuberculoses mais qui n'en sont pas.

M. le Président met aux voix les conclusions du rapport de M. Bouley; ces conclusions sont adoptées.

M. le docteur Dezanneau (d'Angers) lit un travail intitulé *Mémoire sur la laparotomie dans le traitement de l'occlusion intestinale.* (Com. MM. Gosselin, Verneuil et Duplay, rapporteur).

—

M. Constantin Paul donne lecture de la deuxième partie de son rapport sur le service des Eaux minérales pendant l'année 1882. Les conclusious de ce rapport seront lues et discutées en comité secret.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

Egypte. — A Alexandrie le nombre des décès cholériques s'est élevé à 6, le 28 octobre et à 7 le 29.

Dans la Haute-Egypte. l'épidémie fait encore de grands ravages. De plus, les troupes égyptiennes de l'armée du Soudan propagent l'épidémie sur leur passage.

Arabie. — Les cas de choléra qui ont été constatés à La Mecque ont été observés parmi des pèlerins venant de Nubie. Depuis le 30 octobre, les provenances de ce pays sont soumises à une quarantaine de vingt jours.

La commission sanitaire internationale d'Egypte vient de prendre une grave décision dans laquelle il est facile de soupçonner la main toute-puissante du gouvernement anglais. A dater du 7 novembre, les quarantaines sur les provenances de Bombay seront supprimées. Cette décision a été délibérée le 29 octobre malgré l'opposition des représentants de la France, de l'Allemagne, de l'Autriche, de la Russie et de la Turquie.

Europe. — En Espagne, des mesures sévères viennent d'être prescrites à l'égard des navires venant des pays contaminés.

En France, le conseil d'hygiène a entendu la lecture du rapport de M. Mahé, dont la mission en Egypte avait pour objet d'établir les règlements à mettre en vigueur pour arrêter sur place le choléra. Ce rapport, approuvé par le conseil a été transmis au ministre du commerce. — C. E.

VARIÉTÉS

Les Ambulances urbaines aux Etats-Unis.

C'est surtout à Edimbourg, à Londres et à Manchester que, par l'initiative de M. Fleeming Jenkin, les Sociétés de salubrité se sont multipliées et renseignent les habitants de ces villes sur l'état hygiénique de leurs demeures et les remèdes à appliquer pour en corriger l'insalubrité. Les adhérents s'abonnent moyennant une somme annuelle de 1 à 2 livres, et, moyennant cette cotisation, reçoivent une fois au moins chaque année, la visite des ingénieurs de la Société.

Ces visites sont très minutieuses. Elles consistent à chercher et à constater les fuites, l'état des siphons, de la tuyauterie, des robinets et les communications avec les égouts. Un inspecteur peut surveiller environ 350 habitations chaque année. On prend soin de n'employer, pour les conduites allant de la maison à l'égout, que des matériaux

émaillés, de les diriger en droite ligne, et de les mettre en communication avec l'atmosphère par un tuyau d'évent dépassant les parties hautes de la maison. Des regards permettent de vérifier la perméabilité parfaite de ces conduites; à cet effet, dans la partie correspondant à ces regards, les tuyaux forment une sorte de ruisseau ouvert et facile à nettoyer. De plus, des siphons isolent le drain à son embouchure dans l'égout et dans les appareils embranchés sur le parcours des conduits. Ajoutons encore que chaque water-closet est muni d'un réservoir qui en assure le lavage parfait.

Les Sociétés de salubrité ont pour but de veiller à l'exécution et au bon fonctionnement de ces moyens d'hygiène. Elles signalent, par leurs inspecteurs, les améliorations utiles et mettent leurs abonnés en garde contre les dangers qui résultent des vices de construction. Comme M. Trélat le montrait naguère à la *Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle* (22 octobre 1879), cette inspection est laborieuse; mais, par les bénéfices qu'elle procure à l'hygiène, par la faveur que lui accorde l'opinion publique, le développement de ces Sociétés fait grand honneur à l'esprit d'initiative de leurs fondateurs. — L. C. E.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — MM. les étudiants pourvus de douze inscriptions sont priés de se faire inscrire à l'Ecole pratique (laboratoire d'anatomie pathologique), pour les travaux pratiques concernant l'anatomie pathologique, tous les jours, à partir du samedi 3 novembre 1883 jusqu'au 15 du même mois, et de une heure à deux heures de l'après-midi.

Une carte d'admission leur sera délivrée. MM. les étudiants sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

Concours de l'internat. — Le nombre des candidats qui prennent part cette année au concours de l'internat est de 208.

Ecole d'anthropologie. — L'Ecole d'anthropologie ouvrira le samedi 3 novembre 1883, à 3 heures, au siège de la Société d'anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Les cours se succéderont dans l'ordre suivant :

M. de Mortillet. — Anthropologie préhistorique, les lundis à quatre heures, à partir du 5 novembre.

M. Topinard. — Anthropologie générale, les mardis et samedis à 3 heures, à partir du samedi 3 novembre.

M. Mathias Duval. — Anthropologie zoologique, les vendredis à 5 heures, à partir du 9 novembre.

M. Dally. — Ethnologie, les mercredis à 4 heures, à partir du 7 novembre.

M. Bordier. — Géographie médicale, les samedis à 5 heures, à partir du 10 novembre.

Les cours sont publics.

Une épidémie de trichinose en Allemagne. — La trichinose sévirait actuellement avec violence dans les villages des montagnes du Hartz. Quarante personnes seraient victimes de la maladie et on aurait déjà constaté dix-huit décès.

Cette maladie fait aussi de nombreuses victimes dans le royaume de Saxe.

— MM. les étudiants ayant subi avec succès le premier examen de doctorat (nouveau régime), à la présente session, sont priés de se faire inscrire immédiatement à l'Ecole pratique, pour prendre part aux démonstrations d'ostéologie. La dernière série des démonstrations commencera très prochainement.

Maladie des yeux. — Le docteur Dehenne reprendra ses conférences pratique d'ophtalmologie, le lundi 5 novembre 1883, à 1 heure 1/2, à sa clinique, rue Monsieur-le-Prince, 24, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivauts, à la même heure.

Tous les jours, exercices pratiques d'ophtalmoscopie.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

CLINIQUE MEDICALE DES HOPITAUX

Les asynergies musculaires tabétiques et non tabétiques

(*La maladie de Duchenne vraie et la pseudo-maladie de Duchenne.*)

Hôpital Saint-Antoine. — (Service de M. Dujardin-Beaumetz.)

Troubles ataxiques chez un adolescent de 17 ans. — Incoordination musculaire sans autres manifestations tabétiques. — Diagnostic du symptôme. — Le malade est-il un simulateur? — Asynergie musculaire et ataxie vraie. — Rapport entre cet état morbide et la maladie de Friedreich. — Ataxie locomotrice progressive vraie et pseudo-maladie de Duchenne. — Maladie à type cérébral, à type médullaire et à type mixte. — Nécessité d'une revision clinique de la classification et de la nomenclature des ataxies.

Le 22 octobre dernier, M. Dujardin-Beaumetz recevait dans son service, salle Marjolin, n° 5, un jeune homme dont l'histoire clinique est extrêmement intéressante, surtout en raison des difficultés du diagnostic.

A première vue et quand il repose dans le décubitus dorsal, le malade, qui est âgé de 17 ans, présente les apparences d'une bonne constitution. Son visage est coloré, son embonpoint raisonnable et en découvrant les membres et le tronc, on constate l'absence de tout amaigrissement. Le développement des systèmes adipeux et musculaire est donc normal et, en un mot, il possède les attributs extérieurs d'une bonne santé; cette dernière paraissant d'autant meilleure qu'elle s'accompagne d'un lymphatisme manifeste.

Cependant, en poursuivant cet examen général, on s'aperçoit que la forme du crâne est caractérisée par l'abaissement du front et l'aplatissement du vertex. Quand on l'interroge, ses réponses sont lentes, quoique parfaitement intelligibles; son intelligence paraît médiocre, elle est néan-

FEUILLETON

CAUSERIES

Les maladies de la mémoire. — Les maladies de la volonté, par Th. Ribot, directeur de la *Revue philosophique*. — Paris, Germer-Baillière, 1883.

Les deux intéressantes études que vient de publier M. Th. Ribot ne sont pas seulement d'ordre philosophique ou psychologique, elles touchent à la pathologie la plus délicate du système nerveux central. Basées sur une connaissance approfondie des fonctions de ce système, elles nous montrent que la mémoire et la volonté, qui sont d'origine nerveuse comme le langage et les mouvements, la vision et les autres sens, ont leur siège dans le cerveau, et que les maladies de cet organe peuvent déterminer des anomalies de ses diverses fonctions, aussi bien de la mémoire et de la volonté que des autres.

Un grand nombre de faits bien observés, soit par l'auteur, soit par des écrivains dont il cite les ouvrages, servent de bases à ces études. Il fait voir, à leur aide, quels sont les caractères de la mémoire normale, les éléments qui entrent en jeu pour fixer le souvenir, et les observations de ces éléments qui sont les maladies de la mémoire.

Celles-ci sont de trois ordres : la perte totale, la perte partielle et les exaltations de la mémoire. La perte totale, permanente, n'arrive que dans les affections graves du cerveau et n'offre aucun intérêt pour celui qui l'étudie. Il n'en est pas de même des pertes provisoires, intermittentes, progressives, des pertes partielles touchant les nombres, les noms, les figures, des exaltations de la mémoire, qui rappellent des souvenirs perdus

moins suffisante pour qu'il puisse tenir un emploi manuel dans un atelier de bijouterie.

Qu'on lui demande de quitter son lit et de se tenir immobile dans la position verticale, il chancelle surtout au moment où il se lève, ses muscles n'obéissent plus ou obéissent mal à sa volonté. Debout, il fait de grands efforts pour ne pas tomber à terre, éloignant ses pieds l'un de l'autre pour élargir sa base de sustentation, ou écartant instinctivement les bras du corps pour prévenir une chute. Cette déséquilibration devient absolue et la chute inévitable, quand le malade rapproche les deux pieds l'un de l'autre, ou essaye de prendre un seul membre pour point d'appui dans la position à cloche-pied.

Dans la marche, le désordre de la motilité est encore plus manifeste. Incertaine au moment du départ, la progression est hésitante, la démarche titubante, le talon frappe modérément le sol, les mouvements dont les genoux et le cou-de-pied sont les centres articulaires, ont perdu toute coordination, et le malade progresse comme un homme sous l'influence de l'ivresse alcoolique. Néanmoins, il sent bien le sol sur lequel il prend un point d'appui, il a conscience de ces phénomènes morbides, et il essaye de les combattre par des efforts de volonté. De là aussi leur exagération; dans l'obscurité et l'occlusion des yeux, les oscillations deviennent plus nombreuses et plus amples, et le malade tomberait, si un aide ne le retenait.

Cette incoordination motrice n'est pas seulement localisée anx membres inférieurs; elle leur est commune avec les muscles du bras et de la main. Depuis plusieurs mois, c'est-à-dire depuis cette exagération des troubles de la marche, le malade a cessé tout travail. Les mains conservent bien l'intégrité de leur sensibilité; mais elles sont maladroites, parce que la synergie musculaire des phalanges des doigts et de l'avant-bras s'oppose à l'exactitude des mouvements professionnels. Or, cette inhabileté date de loin, car, au témoignage de son père, dans l'atelier duquel il travaille, cette maladresse a toujours existé. Malgré toute la concentration d'attention dont il était capable, ce jeune homme ne pouvait, dans les ouvrages les plus faciles de son état, vaincre cette inhabileté et discipliner les mouvements de sa main. Ce n'est pas un phénomène indiquant la débilité des organes du mouvement, car on constate, au moyen des épreuves habituelles, la conservation de la force musculaire. De plus, dans le décubitus dorsal, le malade lève les

---

depuis longtemps, des illusions de mémoire qui vous font croire à tort qu'on a déjà vu un pays ou entendu des sons que l'on voit ou entend pour la première fois. Ces formes des maladies de mémoire sont des plus curieuses et justifient l'importance que l'auteur leur a accordée dans son ouvrage.

Le dernier petit chapitre du livre, sur les causes immédiates, organiques de ces maladies, est une esquisse de physiologie pathologique que les plus savants médecins ne dédaigneraient pas de signer.

*
* *

Les maladies de la volonté ne sont pas moins intéressantes à étudier que celles de la mémoire. Tantôt la volonté est réduite à l'état d'impuissance complète ; le malade a des désirs, mais il ne peut prendre sur lui de les réaliser, soit qu'il ne sache pas au juste si la manière dont il exécuterait sa volonté est la bonne, et que, comme l'âne de Buridan, il reste immobile entre deux idées, soit que l'impuissance de l'effort à accomplir pour mettre son désir à exécution soit réelle. Tantôt la volonté n'est qu'affaiblie; alors le malade ne peut résister à ses impulsions, qui sont subites et inconscientes, ou irrésistibles avec conscience; ou bien encore, il est incapable de vouloir faire attention à ce qui se passe autour de lui, tout en conservant toute sa puissance intellectuelle; ou bien la volonté est incapable de se fixer sur un seul objet; elle est à peine ébauchée qu'elle se porte sur autre chose; c'est ce que M. Ribot, décrivant le caractère hystérique, désigne sous le terme de « règne des caprices ». C'est l'instabilité appliquée à la volonté.

Puis vient l'affaiblissement de la volonté, qui n'a pas besoin d'être défini, et qui est la

membres, les fléchit ou les étend avec énergie, facilité et même violence; en retour, on observe l'abolition du réflexe rotulien et la conservation de tous les autres.

L'exploration de la sensibilité générale donne des résultats négatifs. Il n'existe dans aucune partie du corps ni anesthésie, ni hyperesthésie, ni dysesthésie, ni retard des sensations. La percussion des apophyses épineuses ni la pression au niveau des gouttières vertébrales ne produisent aucune sensation pénible, et le malade n'a jamais éprouvé de douleurs spontanées sur le trajet de la moelle épinière ou à l'origine des nerfs spinaux.

Les troubles sensoriels font également défaut. Intactes sont la vision des couleurs et l'accommodation ; intacts sont les mouvements des globes oculaires et des paupières ; intacts aussi sont les réflexes et les dimensions de la pupille.

Le malade a de l'appétit, mange bien, digère parfaitement. Son sommeil est calme. L'exploration de la poitrine et de l'abdomen, l'examen des urines ne révèlent rien de particulier. La miction est facile, la tonicité du sphincter anal et vésical n'est pas diminuée ; les grandes fonctions viscérales sont donc normales, et, à défaut de ces faits méthodiquement vérifiés, l'état satisfaisant de la nutrition générale en est une autre preuve. Il n'existe et n'a jamais existé antérieurement d'altérations trophiques, éruptions herpétiformes de la peau, déformations articulaires ou lésions osseuses. Dans l'état actuel, les accidents morbides sont donc limités au système musculaire des membres inférieurs et supérieurs.

Il faut maintenant chercher avec soin, dans le passé du malade, des renseignements de toute importance pour le diagnostic, et de haute utilité pour établir, si faire se peut, la pathogénie de cette affection.

Ce jeune homme ne possède pas d'antécédents pathologiques acquis ou héréditaires. Fils et petits-fils de parents indemnes, comme on l'a vérifié, d'affections nerveuses, de manifestations syphilitiques ou d'alcoolisme, il appartient à une famille de neuf enfants, parmi lesquels trois seulement ont succombé à des affections aiguës ; des six survivants, il est le seul malade.

Il y a trois ou quatre ans, il aurait éprouvé dans les membres inférieurs des douleurs modérées, mal définies, provoquées par la marche et accompagnées, dit-il, de contractures des muscles du mollet. C'était, il est vrai,

---

condition presque essentielle du somnambulisme, de l'extase, de l'hypnotisme, dont on a tant parlé dans ces derniers temps.

L'analyse de ces conditions anormales de la volonté amène M. Ribot à la définition de la volonté normale, et à montrer que celle-ci est la résultante d'une multitude d'éléments parfaitement coordonnés entre eux, et dont le manque de coordination, la dissolution, pour employer le terme dont se sert M. Ribot, détermine les formes si multiples des maladies de la volonté.

La lecture de ces deux petits volumes peut paraître très ardue au premier abord, mais l'exposition des sujets et les faits nombreux et curieux qui sont cités comme exemples à chaque instant, ne peuvent manquer d'attirer et de retenir l'attention des lecteurs, sans les obliger à faire un trop grand effort de volonté.

Qu'il nous soit permis de citer quelques-uns de ces exemples, pour mieux fixer l'esprit.

Perte de mémoire. — Par l'effet de la maladie ou de la vieillesse, des hommes célèbres ne reconnaissent pas leurs œuvres les plus personnelles. A la fin de sa vie, Linné prenait plaisir à lire ses propres œuvres, et quand il était lancé dans cette lecture, oubliant qu'il en était l'auteur, il s'écriait : « Que c'est beau! que je voudrais avoir écrit cela! » On raconte un fait analogue au sujet de Newton et de la découverte du calcul différentiel.

Walter Scott, vieillissant, était sujet à ces sortes d'oublis. On récita un jour devant lui un poème qui lui plut, il demanda le nom de l'auteur : c'était un chant de son *Pirate*. Ballantyne, qui lui a servi de secrétaire et qui a écrit sa vie, expose avec les détails les plus précis, comment *Ivanhoe* lui fut en grande partie dicté pendant une maladie aiguë.

l'époque de la croissance de la taille, et celle-ci s'est effectuée normalement.

Vers la même époque, l'incoordination des mouvements envahissant de plus en plus les membres inférieurs, on remarquait la tendance du malade à se diriger du côté droit pendant la progression et l'augmentation de son inhabileté manuelle : de sorte que depuis leur instauration, ces troubles de la motilité ont été en augmentant jusqu'au mois de juin dernier.

Ajoutons encore que le malade paraît avoir été atteint récemment d'une adénite suppurée, mais que rien n'autorisait alors et n'autoriserait aujourd'hui à considérer cet accident comme spécifique. Au surplus, comme M. Dujardin-Beaumetz le faisait observer, c'est là un incident tout actuel, et par conséquent postérieur de longs mois au début des troubles musculaires et nerveux.

Et quand bien même cette manifestation serait incontestablement de nature spécifique, on ne pourrait pas lui attribuer un rôle pathogénique dans l'évolution des perturbations déjà bien anciennes de la motilité.

Malgré la longue durée de cette affection et les avis fort divergents des médecins qu'il a consultés, ce jeune homme n'a pas été soumis jusqu'ici à une médication régulière. Aucune intervention n'a donc modifié ce processus morbide, dont voici en résumé le signalement clinique actuel : incoordination motrice des membres avec conservation de la force musculaire, abolition du réflexe rotulien, intégrité de la sensibilité générale et spéciale, des fonctions visuelles et de la nutrition des divers tissus. A ce signalement clinique, il faut adjoindre les résultats négatifs de l'enquête pathogénique et la considération de l'âge du malade. En d'autres termes, tout en ressemblant bien à la maladie de Duchenne par ses troubles de motilité, cet état pathologique en diffère aussi par l'absence des phénomènes variés des périodes préataxatiques ou ataxiques de cette affection.

Le diagnostic n'est donc pas exempt de difficultés ; car de tels types morbides sont de ceux dont on ne peut toujours ni dénommer l'espèce avec certitude ni déterminer la place définitive dans le cadre nosologique. Aussi, pour discuter de la *maladie* dont l'incoordination motrice est ici la manifestation, il faut préalablement établir sur une base solide le diagnostic de ce *symptôme* lui-même et de sa nature vraiment ataxique.

Et d'abord, avant d'aller plus loin, il n'est certainement pas utile, dans le cas actuel, comme pour d'autres désordres nerveux, de poser la question

---

Le livre était achevé et imprimé avant que l'auteur pût quitter le lit. Il n'en avait gardé aucun souvenir, sauf de l'idée mère du roman, qui était antérieure à sa maladie.

Dans un cas cité par Forbes Winslow, l'image semble tout près d'être reconnue, localisée ; elle est sur la limite, un appoint très minime aurait suffi, mais il a manqué. — Le poète Rogers, âgé de 90 ans, se promenait en voiture avec une dame. Celle-ci l'interrogeait sur une autre dame dont il ne pouvait se souvenir. Il fit arrêter et appela le domestique. — Est-ce que je connais Mme M...? — La réponse fut affirmative. — Ce fut un moment pénible pour nous deux, raconte la dame. Alors il me prit par la main et me dit : « N'ayez souci, ma chère, je n'en suis pas encore réduit à faire arrêter la voiture pour demander si je vous connais. »

Autre exemple, emprunté à Lécuyer-Villermay : « Une jeune dame, mariée à un homme qu'elle aimait passionnément, fut prise en couches d'une longue syncope à la suite laquelle elle perdit la mémoire du temps qui s'était écoulé depuis son mariage inclusivement. Elle se rappelait très exactement tout le reste de sa vie jusque-là. — Elle repoussa avec effroi, dans les premiers instants, son mari et son enfant qu'on lui présentait. Depuis, elle n'a jamais pu recouvrer la mémoire de cette période de la vie ni les événements qui l'ont accompagnée. Ses parents et ses amis sont parvenus, par raison et par l'autorité de leur témoignage, à lui persuader qu'elle est mariée et qu'elle a un fils. Elle les croit, parce qu'elle aime mieux penser qu'elle a perdu le souvenir d'une année que de les croire tous des imposteurs, mais sa conviction, sa conscience intime n'y est pour rien. Elle voit là son mari et son enfant sans pouvoir s'imaginer par quelle magie elle a acquis l'un et donné le jour à l'autre. »

* * *

préalable de la simulation. La forme et l'histoire clinique de la maladie démentent suffisamment cette hypothèse.

D'autre part, faut-il s'attarder à chercher la différence de ces troubles de la motilité avec la démarche traînante et l'amyosthénie des *paralytiques*, avec l'agitation des *choréiques*, avec le balancement et la progression ondulante des *vertigineux*, ou bien encore avec les hésitations des mouvements qu'éprouvent dans l'obscurité ou après l'occlusion des yeux les individus en puissance d'*anesthétie musculaire*? Non, assurément. Cette incoordination motrice est toute différente, et ce symptôme répond bien à l'asynergie musculaire d'un ataxique.

Il reste maintenant à discuter la valeur diagnostique de cette ataxie. Or, de par les faits précédents et l'investigation clinique, on voit déjà qu'elle n'est pas du nombre des incoordinations motrices des névrosiques ou bien des désordres musculaires symptomatiques d'intoxications ou de maladies générales, la syphilis exceptée. En bonne logique, il faut alors en chercher la cause dans les centres nerveux, c'est-à-dire la mettre sous la dépendance d'une affection encéphalique ou bien de lésions médullaires; discussion qui revient à résoudre la question suivante : Le malade de la salle Marjolin est-il un cérébral ou un médullaire?

Dans le premier cas, pourrait-on légitimement supposer l'existence d'une lésion scrobilleuse? Sans doute, si l'on avait observé des troubles oculaires, de la céphalalgie, des spasmes des muscles de la nuque, des irradiations douloureuses de cette région ou des vomissements, symptômes classiques des affections du cervelet, tous d'ailleurs ici en défaut. Il est vrai qu'on les a vu parfois manquer les uns ou les autres dans des cas authentiques de cette nature; mais c'était là l'exception.

D'autre part, le symptôme dominateur, le trouble du mouvement, possède bien comme on l'a vu, le caractère de l'incoordination musculaire de la maladie de Duchenne. Si les autres phénomènes classiques de cette dernière ne l'accompagnent pas, il n'en est pas moins l'expression clinique d'une lésion anatomique des cordons médullaires postérieurs. Enfin, doit-on attribuer une valeur diagnostique à l'état mental de ce jeune homme? Dans la maladie de Duchenne, les facultés intellectuelles conservent presque toujours leur intégrité, et les troubles psychiques, quand ils existent, sont tardifs. Ici, l'intelligence s'est peu développée, de là une des causes de

---

L'état de double conscience, dont M. Azam a cité un fait si remarquable qu'il observe depuis une vingtaine d'années, est un bel exemple de perte de mémoire intermittente, si l'on peut ainsi dire. Macnish en a rapporté un cas bien intéressant.

Une jeune dame américaine, au bout d'un sommeil prolongé, perdit le souvenir de tout ce qu'elle avait appris. Sa mémoire était devenue table rase. Il fallut tout lui rapprendre. Elle fut obligée d'acquérir de nouveau l'habitude d'épeler, de lire, d'écrire, de calculer, de connaître les objets et les personnes qui l'entouraient. Quelques mois après, elle fut reprise d'un profond sommeil, et, quand elle s'éveilla, elle se retrouva telle qu'elle avait été avant son premier sommeil, ayant toutes ses connaissances et tous les souvenirs de sa jeunesse, par contre ayant complètement oublié ce qui s'était passé entre ses deux accès. Pendant quatre années et au delà, elle a passé périodiquement d'un état à l'autre, toujours à la suite d'un long et profond sommeil. Elle a aussi peu conscience de son double personnage que deux personnes distinctes en ont de leurs natures respectives. Par exemple, dans l'ancien état, elle possède toutes ses connaissances primitives; dans le nouvel état, elle a seulement celles qu'elle a pu acquérir depuis sa maladie. Dans l'ancien état, elle a une belle écriture; dans le nouveau, elle n'a qu'une pauvre écriture maladroite, ayant eu trop peu de temps pour s'exercer. Si des personnes lui sont présentées dans un des deux états, cela ne suffit pas; elle doit, pour les connaître d'une manière suffisante, les voir dans les deux états. Il en est de même des autres choses.

*
* *

Un exemple d'affaiblissement de la volonté par défaut d'impulsion nous est donné par

l'inaptitude professionnelle de ce jeune homme. Néanmoins son facies ne possède pas cette expression particulière d'hébétude, d'étonnement et de fixité du regard d'un cérébral. De plus, la cérébrosthénie, à moins d'être acquise, comme l'ataxie vraie, n'est pas fréquente à l'âge de ce jeune homme, qui cependant paraît médullaire par les troubles de la motilité, et cérébral par sa paresse intellectuelle.

Enfin, parmi les ataxies locomotrices progressives qu'on a distinguées récemment de la maladie de Duchenne, il en est une, la maladie de Friedreich, dont l'ensemble symptomatique n'est pas sans analogie avec l'affection en discussion. Cette ataxie est celle des enfants et des adolescents, et le jeune homme est à l'âge où la maladie de Duchenne est rare, ainsi que le prouve la statistique d'Eulenbourg qui rencontrait seulement deux ataxiques au-dessous de 20 ans dans une série de 28 cas. Par contre, la maladie de Friedreich est elle-même très rare ; aussi l'âge, même dans cette hypothèse, n'aurait-il que la valeur d'un renseignement. C'est dans le processus morbide qu'on trouve de plus grandes analogies entre ces états morbides, Dans l'ataxie de Friedreich, l'incoordination des membres constitue le phénomène initial; les troubles de sensibilité sont exceptionnels, et, quand ils existent, mal caractérisés; l'abolition des réflexes est précoce; la nutrition demeure intacte, et très tardivement, dans la période ultime seulement, on observe de la paresse ou de l'atrophie des muscles. Parfois aussi l'intelligence est, dès le début, légèrement atteintes.

On serait tenté de confondre ce tableau symptomatique avec l'histoire clinique de notre malade, s'il n'existait une lacune dans cette dernière, l'absence de tout antécédent nerveux et d'hérédité directe ou indirecte. Or, c'est là ce facteur pathogéniqne en défaut et celui qui donne principalement à la maladie de Friedreich une place à part parmi les ataxies locomotrices.

Doit-on faire intervenir la syphilis dans l'étiologie de ces accidents? Cette question est de celles que le clinicien doit toujours discuter en présence d'une affection de cette nature, surtout depuis les savants travaux de M. Fournier. Ici rien n'autoriserait à le faire, à moins d'admettre une infection syphilitique datant du premier âge, ce qui n'est pas prouvé, ou bien une syphilis héréditaire méconnue.

Somme toute, le symptôme dominateur de cet état morbide, c'est-à-dire le trouble de la motilité, est bien de forme ataxique; mais, pour en faire

---

Bennett. Il arrivait fréquemment à un gentleman de ne pouvoir exécuter ce qu'il souhaitait. Souvent, il essayait de se déshabiller et restait deux heures avant de pouvoir tirer son habit, toutes ses facultés mentales, sauf la volition, étant parfaites. Un jour, il demanda un verre d'eau ; on le lui présenta sur un plateau, mais il ne pouvait le prendre quoiqu'il le désirât, et il laissa le domestique debout devant lui pendant une demi-heure, avant de pouvoir surmonter cet état. Il lui semblait, disait-il, qu'une autre personne avait pris possession de sa volonté.

Les poisons de l'intelligence, suivant l'expression de notre ami M. Ch. Richet, ont sur la volonté une influence considérable. Th. de Quincey rapporte que l'abus de l'opium avait amené une sorte de paralysie de sa volonté. Il dut abandonner des études qu'il poursuivait avec un grand intérêt. Il s'en éloignait avec un sentiment d'impuissance et de faiblesse enfantine, avec une angoisse d'autant plus vive qu'il se rappelait le temps où il leur consacrait des heures délicieuses. Cet état dura quatre années.

Quelle histoire plus lamentable que celle du poète anglais Coleridge ! Doué de talents remarquables, il n'en put tirer qu'un parti médiocre à cause d'un manque extraordinaire de volonté pour mettre ces dons naturels à profit.

Ainsi, dès le début de sa carrière, il trouva un libraire généreux qui lui promit trente guinées pour des poèmes qu'il avait récités, le paiement intégral devant se faire à la remise du manuscrit. Il préféra venir toutes les semaines, mendier de la manière la plus humiliante, pour ses besoins journaliers, la somme promise, sans fournir une seule ligne de ce poème qu'il n'aurait eu qu'à écrire pour se libérer. L'habitude qu'il prit de bonne heure et dont il ne se défit jamais de recourir aux stimulants nerveux (alcool,

l'indice certain de la maladie de Duchenne, c'est-à-dire de l'ataxie locomotrice progressive vraie, il lui manque un cortège bien connu d'accidents variés. D'autre part, pour lui donner la valeur d'un signe réellement accusateur de la maladie de Friedreich, il faudrait pouvoir invoquer l'existence d'une hérédité directe ou indirecte. Or, l'enquête étiologique ne la démontre pas. Enfin, si ce malade possède quelques-unes des allures cliniques d'un cérébral, il a incontestablement aussi les apparences d'un médullaire. Le type morbide de son affection est donc, pour M. Dujardin-Beaumetz, intermédiaire au type médullaire et au type cérébral. Voilà conséquemment une ataxie locomotrice qui ne trouve pas place dans le cadre nosographique des ataxies locomotrices vraies de Duchenne.

Que faut-il en conclure? A côté de la maladie qui mérite de porter le nom de cet infatigable travailleur, il existe vraisemblablement une pseudo-maladie de Duchenne. N'est-ce pas là une preuve nouvelle de la nécessité de poursuivre cliniquement et anatomiquement la revision des ataxies locomotrices, dont on a multiplié les formes et compliqué la nomenclature?

C. Eloy.

DÉONTOLOGIE MÉDICALE

Les rapports entre médecins traitants et consultants.

Les questions de déontologie médicale sont en faveur de l'autre côté du détroit. L'année dernière, les rapports de nos confrères anglais avec les homœopathes avaient provoqué d'ardentes discussions. Dernièrement, à la réunion de l'Association médicale de Sussex (1), le docteur Newth étudiait une autre face de cette même question. C'est qu'en effet ce sujet, plus actuel que jamais, intéresse autant les médecins français que leurs confrères d'outre-Manche. De plus, il mérite encore l'attention parce que les discussions dont il est l'origine contribuent à l'affermissement des liens de bonne confraternité.

Trop souvent il existe une opposition plus ou moins tacite, réelle cependant, entre le médecin consultant et le médecin ordinaire. Regrettable pour la dignité de l'un et de l'autre, cette opposition porte aussi préjudice au malade et nécessairement atteinte à la profession en général. A qui donc peut-elle profiter? sinon aux charlatans et surtout aux charlatans diplômés, de tous les plus redoutables pour l'honneur de la médecine et le bien de l'humanité.

---

opium), affaiblit encore son pouvoir volontaire, en sorte qu'il devint nécessaire de le gouverner.

M. Ribot ne parle pas du traitement des maladies de la mémoire et de la volonté. Peut-être pourrait-on lui en faire un reproche, auquel il pourrait répondre qu'il n'est pas médecin, et que.... *videant medici!* Mais je crois qu'à leur tour les médecins seraient bien embarrassés et que le mieux est de ne pas songer encore à faire entrer dans la pratique une question dont M. Ribot a exposé d'une manière si brillante la partie théorique.

Simplissime.

Faculté de médecine de Paris. — Il sera délivré gratuitement à chaque étudiant inscrit à la Faculté, en vue de l'obtention d'un grade, une carte d'inscription. Cette carte sera renouvelée au commencement de chaque année scolaire contre la remise de la carte de l'année précédente.

Hôpitaux de Bordeaux. — Les concours de l'internat et de l'externat viennent de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Suzanne, Rabaine, Auché, Tronchet, Farganel, Tricot, Chevalier, Aubin.

Internes provisoires : MM. Girard, Canaque, Charazac, Boisvert.

Externes : MM Larauza, Audebert, Jarjavay, Jeannot, Morange, Issoulier, Tessier, Petit, Rivière, Dichas, Eydon, Rey, Chanteloube, Arrout, Bodeau.

Petit est le nombre des chirurgiens ou des médecins qui, en Angleterre comme en France, méritent, au sens strict du mot, la qualification de consultants. La plupart des médecins auxquels on fait appel en cette qualité, sont eux-mêmes les médecins ordinaires de certaines familles. A l'occasion, ils sont obligés de réclamer aussi pour leurs clients des consultations de leurs confrères, nécessité qui, alors, vis-à-vis de ces derniers, les met dans une position analogue à celle du médecin traitant qui les consulte. En dehors de tout motif d'honneur professionnel, il y a donc tout intérêt pour eux à entretenir de bons rapports avec leurs confrères.

Quand un membre de notre profession s'est laborieusement acquis, par des travaux d'éclat ou des œuvres de génie, la réputation de consultant, le médecin s'adresse à lui comme un avocat dans le doute, s'éclaire de l'autorité du jurisconsulte. Que fait donc cet avocat en sollicitant l'avis de ce dernier? Il lui expose l'origine de l'affaire de son client, les accidents passés et les épisodes actuels de la cause; alors seulement, muni de ces indications, le jurisconsulte discute les points en litige, tient bon compte des renseignements donnés par l'avocat et dans le but de rendre au client la plus grande somme de services, il se met d'accord sur les conclusions avec celui qui le consulte. Une telle entente n'est pas moins nécessaire pour le bien du malade; en est-il toujours ainsi?

Dans les livres de déontologie, on fait avec raison au médecin consultant une règle de ne jamais donner de conseils à un malade, à moins de circonstances extraordinaires en dehors de la présence de son médecin traitant, ou en l'absence d'une demande écrite de ce dernier. Minime est le nombre des médecins qui ne se conforment pas à cette règle; en cela ils agissent à la fois à leur honneur et à leur avantage. Une autre conduite a ses inconvénients, témoin cette aventure d'un médecin officiellement très haut placé, mais dont les scrupules professionnels sont inférieurs à la retentissante renommée. L'autre jour, il se présente dans une maison, envoyé, dit-il, par une amie de la malade. Mais la malechance était pour lui. Au moment où il fait remettre sa carte, deux confrères, le médecin traitant et un consultant conféraient avec la malade. Celle-ci, toute surprise de cette tentative d'intrusion, leur montre la carte et leur demande de les débarrasser de l'importun. Le moyen était simple et, l'amour du louis aidant, réussit. On lui fit porter 20 francs dans l'antichambre où il attendait, et le médecin accepta et se retira. L'histoire est authentique et récente, elle a eu Paris pour théâtre et les acteurs en sont tous encore vivants!

Il y a quelques années, le docteur Newth a démontré que le fait de donner des avis à un malade en l'absencce de son médecin traitant, c'est commettre un acte de coupable vanité et un manque aux devoirs d'un galant homme. La vanité consiste à croire que le malade suivra pendant un temps plus ou moins long des prescriptions ainsi données ou offertes; et le manque de courtoisie à dénier son titre de confrère au médecin dont il usurpe la place.

En effet, le consultant juge surtout de la nature d'une affection par les renseignements que lui fournit le malade. Or, ces renseignements ont souvent été donnés au malade lui-même par son médecin traitant. Celui-ci n'a pu les réunir que par une minutieuse enquête, des interrogatoires multipliés et l'étude approfondie de l'état général. Quand bien même le consultant accorderait, dans son entretien avec le malade, quelques paroles plus ou moins élogieuses, pour le médecin traitant, il n'en manque pas moins à la probité, puisqu'il fait payer au malade de prétendus services obtenus en dehors de son médecin habituel, services par conséquent de valeur douteuse. Comment d'ailleurs formuler un diagnostic sérieux pendant un court entretien, à l'aide des indications toujours incomplètes et parfois fausses ou mal interprétées que le malade fournit.

Un médecin traitant, en rapport depuis plus ou moins longtemps avec le malade et sa famille, connaît la constitution et les antécédents morbides du premier, le début et les circonstances de l'affection actuelle. Il attirera l'attention de son confrère sur des points qui échapperaient à un examen rapide; il lui indiquera l'action des remèdes déjà employés et le renseignera sur son état moral ou sa position sociale; tous éléments d'importance pour établir le diagnostic et fixer l'intervention thérapeutique.

Le docteur Newth place de maladroits médecins au rang d'automates. Leur suffisance ne connaît pas de limites, et, dans leur audace, ils se prononcent toujours catégoriquement ou prodiguent hardiment leurs prescriptions sans l'ombre et sans l'apparence d'une hésitation. Comme le disait naguère le docteur Wilks, un tel médecin n'est-il pas comparable à une sorte de machine à distribuer des remèdes? Voyez-les plutôt : l'indi-

(1) Communication devant *The East-Sussex District of the South-East-Branch of the Bristish medical Association. (Brit. med. Journ.*, 1883, p. 674, 6 octobre.)

cation des remèdes paraît sortir d'une case déterminée au moment précis où le malade prononce les mots de diarrhée, de toux, de douleur ou de n'importe quel symptôme morbide vulgaire.

Ce n'est pas là faire œuvre de science. Le premier venu pourrait même devancer les prescriptions et les avis de tels médecins. D'ailleurs, les remèdes dont ils se servent ont un nom bruyant et une réputation plus retentissante que méritée; ce seront, en Angleterre, d'après M. Newth, le sirop de Fellow aux hypophosphites, le sirop d'Easton, le fer dialysé de Squire, le népenthe de Ferris, la chlorodyne de Brown, la lactopeptine de Richardson, et autres médicaments du même genre. De nos jours, en effet, ne semble-t-il pas que les pharmaciens fournissent aux médecins ses formules au lieu de limiter leur rôle à l'exécution des ordonnances du médecin! Que ces remèdes aient leur valeur et leur emploi, nul n'en doute, mais ils ne peuvent devenir la principale, sinon l'unique ressource de la matière médicale et impunément se substituer aux médicaments que le médecin combine, associe et modifie selon les indications dont il est le juge.

Cette appréciation est sévère; mais, après tout, les inventeurs de panacées universelles ne trouvent-ils pas trop souvent leurs avocats et leurs prôneurs parmi les individus étrangers à toute bienséance professionnelle?

A un autre point de vue, n'est-ce pas faire outrage à la dignité médicale que de juger devant le malade des effets et de la valeur d'un traitement prescrit par un autre médecin? Et d'ailleurs quelle valeur a donc une appréciation aussi abusive? Le malade a pu mal exécuter la prescription, ou bien même ne pas en tenir compte. Un remède ordonné au début d'une maladie est peut-être devenu inutile à une autre période? Un tel jugement est entaché de mauvaise foi, quand il n'est pas celui de l'aveuglement ou de l'outrecuidance.

Enfin, la matière médicale n'est pas assez riche en spécifiques pour que, d'une façon absolue, il soit équitablement possible de prendre à distance un parti pour ou contre une médication. C'est aux médecins entre eux de discuter la valeur de cette intervention thérapeutique; ce débat courtois est précisément l'un des objets et l'un des profits de la consultation. De là encore la nécessité pour les médecins de ne pas communiquer au malade les correspondances relatives à l'affection pour laquelle il consulte. Il n'a pas à connaître des détails de cette discussion ni de la valeur des moyens médicamenteux dont on fait usage.

Le docteur Newth voudrait l'établissement d'une sorte de hiérarchie médicale. Un médecin de haute valeur, désigné par les suffrages de ses confrères, deviendrait en quelque sorte le consultant de la ville, du quartier ou du district. De même qu'il existe un chirurgien en chef dans une armée ou des dignitaires dans le clergé et la magistrature, la médecine serait représentée par ces personnalités, empruntant leur autorité au vote de leurs confrères et à leurs laborieux travaux. Ces hommes éminents auraient la surveillance de l'exercice illégal, la défense des intérêts professionnels et, investis de la confiance des médecins, n'exerceraient qu'à titre de consultants. Pour donner l'appui de l'histoire à cette idée originale, il remonte jusqu'aux Romains, chez lesquels, du temps de l'empereur Néron, il existait dans l'empire une hiérarchie médicale. Les médecins qui exerçaient dans chacune des divisions territoriales des provinces, formaient un collège médical dont le premier dignitaire était désigné sous le nom d'*archiatrus*. Ils étaient vraisemblablement, d'après notre confrère anglais, des médecins consultants par rapport à ceux qui exerçaient dans les districts.

M'est avis que cette proposition de M. Newth, si on essayait un jour de la mettre à exécution, subirait probablement un échec devant l'opinion médicale. En attendant, il est plus pratique de demander aux médecins de se conformer dans leurs rapports, aux règles de la bienséance professionnelle, c'est-à-dire d'éviter de visiter les malades ou de correspondre avec eux à l'insu de leurs confrères, hors de leur présence ou sans leur agrément, et de communiquer à ces malades les avis ou les lettres échangés entre médecins et relatifs à l'affection en traitement.

Comme il faut une sanction tout au moins morale à de tels agissements, n'appartiendrait-il pas aux Associations médicales de mettre au ban de la profession ceux qui transgressent à ces règles de courtoisie. On a essayé inutilement d'ouvrir *le livre noir* des mauvais clients ; ne serait-il pas plus utile à la dignité médicale de préparer celui des charlatans diplômés et des mauvais médecins. — C. L. D.

JOURNAL DES JOURNAUX

De l'Aletris farinosa comme tonique de l'utérus, par J.-P. DUNCAN. — Le docteur J.-P. Duncan, de Waynesbourg, s'étonne que l'Aletris farinosa ne figure dans la pharma-

copée américaine qu'à titre de médicament non officiel comme un tonique amer à petites doses et un éméto-cathartique à haute dose.

Or, dit-il, je puis avancer sans craindre la contradiction que l'Aletris farinosa est un tonique de l'utérus supérieur à tous ceux qu'on a préconisés jusqu'ici. L'auteur s'en est servi dans les cas de dysménorrhée accompagnés de douleurs irrégulières, d'aménorrhée ou de ménorrhagie, et il en est encore à attendre son premier insuccès. Son collègue, le docteur Johnston, et lui, ont l'année dernière, employé près de deux litres et demi de teinture d'Aletris farinosa, et toujours la dysménorrhéique en a obtenu ed soulagement.

Quand, depuis plusieurs années, la malade n'a pu mener ses grossesses à terme, l'usage longtemps continué du médicament a pu permettre une heureuse gestation.

Dans deux ou trois cas où la femme n'avait pu concevoir dans un laps de temps de cinq à quinze ans par suite de ce fonctionnement irrégulier de l'utérus, l'emploi de l'Aletris farinosa lui a permis d'avoir des enfants vigoureux et sains.

L'Aletris farinosa, employé dans les cas où il est réellement indiqué, se montrerait un des agents les plus précieux comme modificateur et tonique utérin. La dose est d'environ 10 gouttes d'extrait fluide, trois fois par jour, à continuer pendant deux ou trois mois et quelquefois pendant toute la durée de la grossesse. (*Aletris farinosa as a uterine tonic. The therap. Gaz.*; aug. 1883.) — L. Dn.

Parallèle entre les épidémies de fièvre typhoïde dans les guerres du Transvaal, du Zoulouland et d'Egypte, par le docteur Vacy Ash. — De l'étude attentive et détaillée des conditions et des circonstances diverses dans lesquelles ces trois épidémies de fièvre typhoïde ont fait leur apparition, ou bien il faut admettre, selon la théorie parasitaire, que la cause réside dans le développement tardif de germes morbides apportés de très loin, ou bien on est obligé de croire à l'intervention d'un poison spécifique susceptible, dans des conditions données, de produire un état fébrile accompagné de manifestations intestinales. En effet, d'une part on observe une épidémie de fièvre typhoïde ayant éclaté malgré l'usage d'une eau très pure et la réunion de conditions sanitaires merveilleuses; d'autre part, en Egypte, on voit apparaître l'épidémie dans des conditions sanitaires également bonnes, mais après que les troupes ont fait usage d'eaux malsaines. Une seule chose est commune à ces deux épidémies, c'est la vie sous la tente dans un climat tropical ou subtropical, dans des conditions telluriques absolument différentes de celles que les soldats recontraient dans leur pays. (*The epidemies of enteric fever in the Transvaal, Zulu, and Egyptian Wars compared. The British med. Journ.*, july 7 1883.)

De l'usage du peroxyde d'hydrogène dans l'ophthalmie, par Le Roy Pope Walker. — Suivant la méthode préconisée par Landolt, le docteur Le Roy Pope Walker a traité des conjonctivites purulentes et des kératites ulcéreuses par l'instillation d'eau oxygénée. L'application du collyre, dit-il, est suivie d'une sensation de picotement et de brûlure qui souvent dégénère en une douleur réellement vive, mais qui s'évanouit bientôt.

L'eau oxygénée s'est montrée rapidement efficace dans les cas de conjonctivite purulente dans lesquels l'acide borique et l'iodoforme avaient été essayés sans résultat.

Dans certains cas d'ulcère cornéen accompagnés d'infiltration purulente de la cornée, son action a été remarquablement satisfaisante. « Mon expérience personnelle m'a convaincu de ce fait que l'eau oxygénée est réellement bien plus efficace dans les affections de la cornée que dans les maladies de la conjonctive. » La méthode de Landolt consiste à instiller quelques gouttes de la solution d'eau oxygénée dans le cul-de-sac conjonctival deux ou trois fois par heure, à un intervalle de dix à quinze minutes, en ayant soin de laisser le collyre parfaitement en contact avec les surfaces malades. Le topique est tout aussi efficace lorsqu'on ne l'emploie que toutes les deux heures, instillant douze ou quinze gouttes à chaque fois, et cette méthode a sur celle de Landolt l'avantage de produire moins d'irritation. Avant de l'appliquer, le docteur Pope Walker fait un lavage complet du cul-de-sac conjonctival avec une solution d'acide borique, enlevant avec une fine pince, s'il est nécessaire, les filaments fibrineux. Dans l'ophthalmie purulente, lorsque la sécrétion est tarie, il vaut mieux suspendre l'usage du peroxyde devenu inutile, sauf à le reprendre en cas de réapparition de la sécrétion purulente.

Landolt en a obtenu des succès remarquables dans le traitement de la suppuration des voies lacrymales et regarde l'eau oxygénée comme bien supérieure au bichlorure d'hydrargyre, à l'acide borique, etc. Mais c'est surtout dans les processus ulcéreux et purulents de la cornée que l'eau oxygénée se montre efficace.

L'auteur rapporte 5 observations détaillées.

La première est relative à un malade de 35 ans atteint d'ulcère serpigineux de la

cornée. Douleurs et photophobie marquées, perforation imminente. Eau chaude, atropine. L'opération de Soemish est pratiquée sans résultat satisfaisant. Le septième jour, on ajoute au traitement l'emploi de la solution de peroxyde d'hydrogène à 1 p. 100 toutes les deux heures. Deux jours après, les bords de l'ulcère apparaissent taillés à pic, sa surface est nette, les douleurs ont disparu et cinq jours plus tard le malade est assez bien pour pouvoir quitter le service. Au bout de trois semaines le malade est complètement guéri et il ne reste sur la cornée qu'un leucôme léger et très limité. Les autres cas rapportés dans le mémoire sont assez probants et lui donnent un grand intérêt. — (*Peroxyde of Hydrogène. The med. Rec.*, aug. 25, 1883.) — L. Dn.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. H. Beaunis adresse une note *sur la forme et les caractères de la contraction musculaire réflexe.*

La forme de la contraction musculaire, telle qu'on l'obtient par l'excitation directe du muscle, du nerf moteur ou de la racine motrice, a été étudiée dans tous ses détails; les types de la secousse et du tétanos directs sont aujourd'hui classiques. Il n'en est pas de même de la contraction musculaire réflexe.

Cette contraction réflexe, obtenue par l'excitation de la périphérie sensitive, doit être étudiée sous ses deux formes, celle de secousse et celle de tétanos.

La secousse musculaire réflexe, consécutive à une excitation unique, mécanique ou électrique, se distingue de la secousse directe par son amplitude moindre, sa durée plus longue, l'augmentation de la période d'excitation latente, et par la présence plus fréquente d'un certain degré de contracture consécutive. Ces caractères ont déjà été indiqués en partie par quelques physiologistes et, en particulier, par Wundt.

Le tétanos réflexe, ou, pour parler plus exactement, la contraction réflexe qui succède à des excitations tétanisantes, mécaniques ou électriques, possède des caractères qui le différencient complètement du tétanos direct, caractères sur lesquels ne s'est pas portée jusqu'ici l'attention des physiologistes.

Ce qui distingue surtout la contraction réflexe qui succède aux excitations tétanisantes, c'est la variabilité de sa forme, qui contraste avec la régularité du tétanos direct. Cette contraction réflexe peut en effet se présenter, tantôt sous la forme de secousse simple, quelquefois allongée comme celle des muscles lisses, tantôt sous celle de secousses irrégulières plus ou moins fusionnées, tantôt sous celle de tétanos incomplet, plus rarement enfin sous la forme de véritable tétanos, mais qui, même dans ce cas, ne possède jamais la régularité typique du tétanos direct.

Le tétanos réflexe apparaît plus tard que le tétanos direct, et très souvent il ne se montre qu'après la cessation de l'excitation tétanisante, à moins que cette excitation ne soit prolongée très longtemps.

La durée du tétanos réflexe est indépendante, dans certaines limites, de la durée de l'excitation tétanisante. Du reste, d'une façon générale, il n'y a pas, entre l'excitation et le tétanos réflexe, l'étroite relation qui existe entre l'excitation et le tétanos direct.

La strychnine modifie la forme du tétanos réflexe et lui imprime les caractères du tétanos direct. C'est précisément parce que la plupart des expérimentateurs ont employé cette substance pour étudier les phénomènes réflexes que les formes *normales* du tétanos réflexe ont été méconnues.

La forme de la contraction réflexe paraît tenir à des phénomènes d'arrêt qui se passent dans les centres nerveux : à ce point de vue, ont pourrait dire que le tétanos réflexe n'est autre chose qu'un tétanos direct, modifié par des actions d'arrêt.

Les expériences qui m'ont permis d'arriver à ces conclusions générales ont été faites exclusivement sur la grenouille. Je joins à cette note quelques tracés représentant les types principaux du tétanos réflexe.

M. F. Laur adresse une nouvelle note sur la relation qu'il a signalée entre les régimes de hautes pressions barométriques et les tremblements de terre.

M. Delauney adresse une nouvelle note relative à la loi de périodicité des tremblements de terre, qu'il a formulée.

M. Pilleux adresse une nouvelle note relative à la loi de Gay-Lussac et aux mouvements moléculaires auxquels on attribue les phénomènes calorifiques.

M. J. Boussinesq prie l'Académie de vouloir bien le comprendre parmi les candidats à la place laissée vacante, dans la section de mécanique, par le décès de M. Bresse.

M. C. Widemann *envoie une note sur un nouveau mode d'isolement des fils métalliques employés dans la télégraphie et la téléphonie.*

Ayant eu l'occasion, depuis une année, d'appliquer, pour la décoration d'objets de bijouterie et de mode, les procédés signalés par Nobili et Becquerel pour obtenir les colorations au moyen de bains de plombates et de ferrates alcalins, j'ai observé que les pièces ainsi colorées étaient devenues absolument résistantes à toute action galvanique, c'est-à-dire que leurs surfaces, une fois recouvertes de peroxyde de plomb ou de fer, étaient isolées et ne conduisaient plus le courant électrique. Un fil de cuivre ou de laiton, et même de fer, se trouve ainsi recouvert d'une couche isolante, analogue à celle d'une couche de résine ou de gutta.

Il y a là, je crois, une application facilement utilisable dans la confection des câbles ou fils employés dans la télégraphie et la téléphonie.

Le moyen d'obtenir cette couche isolante est très pratique, au point de vue industriel, et le coût fort minime ; la durée de cette couche, très résistante aux diverses actions atmosphériques, est une garantie de durée. L'isolement est absolu.

Le mode de préparation est fort simple : il suffit de préparer un bain de plombate de potasse, en faisant dissoudre 10 gr. de litharge dans un litre d'eau à laquelle on a ajouté 200 gr. de potasse caustique, et de faire bouillir pendant une demi-heure environ ; on laisse reposer, on décante, et le bain est prêt à fonctionner. On attache, au fil *positif*, le fil métallique à recouvrir de peroxyde de plomb, et l'on plonge dans le bain une petite anode de platine au pôle négatif; du plomb métallique très divisé se précipite au pôle négatif, et le peroxyde de plomb se porte sur le fil métallique, en passant successivement par toutes les couleurs du spectre; l'isolement n'est parfait que lorsque le fil est arrivé à la dernière teinte, qui est d'un brun noir.

Le fil ainsi recouvert est parfaitement insensible à l'action électrique; on peut y attacher des objets parfaitement décapés et les porter au pôle négatif d'un bain de dorure, d'argenture, de nickelage, sans que le courant, si puissant qu'il soit, ait une action sur les pièces à recouvrir de métal ; un tel fil, placé dans un courant et mis en contact avec un autre fil en rapport avec un galvanomètre, laisse celui-ci parfaitement insensible ; il n'y a aucune déperdition du premier courant, qui passe par le fil recouvert de peroxyde.

J'ai pensé que cet isolement parfait pouvait être utilisé par les électriciens, soit pour les boussoles, soit pour tous autres appareils ; c'est pourquoi j'ai l'honneur d'en faire part à l'Académie. Je me tiens à la disposition de ceux de ses membres qui désireraient contrôler ces résultats.

L'Académie a reçu les ouvrages suivants : *Etude générale sur les eaux potables en Sologne*, par le docteur E. Burdel. Romorantin, imp. E. Joubert, 1882; br. in-8°. (Présenté par M. le baron Larrey.)

La vigne et le vin. Manuel du planteur de vigne dans les terrains pauvres et spécialement dans la Sologne, par le docteur E. Burdel. Paris, G. Masson, 1881 ; 1 vol. in-18. (Présenté par M. le baron Larrey.)

Trichine et trichinose. Compte rendu du livre de M. Joannes Chatin, par M. F. Ruyssen. Paris, imp. Ed. Duruy, 1883; br. in-8°.

Traité complet d'analyse chimique appliqué aux essais industriels, par J. Post, traduit de l'allemand par L. Gautier et P. Kienlen, fasc. 5 (p. 641 à 800). Paris, F. Savy, 1883 ; in-8°.

Sur les quatre os intermaxillaires, le bec-de-lièvre et la valeur morphologique des dents incisives supérieures de l'homme. — Sur le crâne remarquable d'une idiote de 21 ans, par M. le professeur P. Albrecht. Bruxelles, A. Manceaux, 1883 ; 2 br. in-8°.

par M. E. Lebon. Paris, Gauthier-Villars, 1883; br. in-8°.

Thèses présentées à la Faculté des sciences de Paris pour obtenir le doctorat ès sciences physiques, par M. L. Bourgeois. — 1re thèse : *Reproduction par voie ignée d'un certain nombre d'espèces minérales appartenant aux familles des silicates, des titanates et des carbonates.* — 2e thèse : *Propositions données par la Faculté.* Paris, Gauthier-Villars, 1883 ; in-4°.

Vaccinations. Lettre à M. le ministre de l'instruction publique. Lettre à MM. les députés, par le docteur Ch. Pigeon (de la Nièvre). Fourchambault (Nièvre), chez l'autre, 1883 ; br. in-8°.

L. Evrard. *La santé du peuple.* Bruxelles, Lebègue et Cie, 1883 ; 1 vol. in-12.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

De la rétinite syphilitique périmaculaire (1),

Par le docteur A. DEHENNE, professeur libre d'ophthalmologie.

De toutes les maladies constitutionnelles, la syphilis est certainement celle qui frappe le plus fréquemment et le plus durement l'organe de la vision. Aucune des parties constituantes de l'œil n'est à l'abri de ses coups, quel que soit l'âge de la maladie. Longtemps on a pensé que la cornée n'était pas justiciable de la syphilis acquise; la kératite interstitielle semblait n'être l'apanage que de la syphilis héréditaire. Des travaux récents, et en particulier le remarquable examen histologique de gomme cornéenne relaté par M. le professeur Gayet, ont dissipé ces dernières illusions. La syphilis entame tout. En ce moment même, de nouvelles observations me permettent de préparer un travail qui viendra confirmer, je l'espère, les idées émises par le distingué professeur d'ophthalmologie de Lyon. Aujourd'hui, je serais heureux d'attirer l'attention sur une maladie peu connue, peu étudiée, et dont la description clinique semble ne pas avoir été faite d'une façon complète. Il s'agit de la *rétinite périmaculaire*, absolument *spéciale* à la syphilis, qui ne se rencontre que chez des syphilitiques (2) et dont l'aspect très curieux peut donner prise à des erreurs d'interprétation qui seraient fort préjudiciables au malade. Cette forme de rétinite demande une thérapeutique active et énergique. Il faut frapper à coups redoublés, sous peine de voir survenir rapidement une cécité complète et irrémédiable de l'œil atteint. J'ai pu recueillir cinq observations de cette maladie, ce qui me porte à affirmer son peu de fréquence, étant donnée la grande quantité de syphilitiques qui passent chaque jour par la clinique (3).

Le premier cas, je l'ai observé il y a trois ans. Le dernier trimestre, par un phénomène fréquent en clinique, m'en a fourni quatre. Dans un seul cas, l'infection était récente (six mois). Les autres malades ont vu leur vision baisser, et tous de la même façon, quinze, vingt et même trente ans après l'apparition du chancre induré. L'intervalle était même si grand entre l'apparition du premier et du dernier accident, que l'on se refusait à croire à une relation de cause à effet entre le chancre bénin, insignifiant de l'adolescence et l'affection oculaire de l'âge mûr. La coexistence constante d'accidents syphilitiques m'a permis d'affirmer la nature spécifique de la lésion rétinienne. L'affection, dans les cinq cas observés, a toujours été *unilatérale*, fort heureusement pour le patient, et, par une coïncidence bizarre, c'est toujours l'œil droit qui s'est présenté à l'observation. Je crois que l'on ne peut rien inférer de cette dernière particularité; le hasard seul semble avoir

(1) De Graefe, à qui rien n'a échappé en ophthalmologie, a fait mention d'une *rétinite centrale à récidive*, qu'il considérait aussi comme syphilitique. Sa description clinique, les conclusions qu'il en a tirées, s'éloignent beaucoup des faits que j'ai observés.

(2) Dans l'interprétation de l'origine syphilitique des accidents oculaires, la notion étiologique joue un très rôle. Aucune lésion n'est absolument pathognomonique. Rien, dans l'aspect, ne permet d'affirmer qu'une iritis, par exemple, est syphilitique ou rhumatismale. Il en est de même des lésions du fond de l'œil. La *rétinite périmaculaire*, au contraire, n'apprtient qu'à la syphilis.

(3) Abadie (*Traité des maladies des yeux*), faisant allusion au mémoire de Graefe, dit que cette affection est *extrêmement rare*, et avoue ne l'avoir jamais rencontrée, au moment où a paru son excellent ouvrage. En présence de l'affirmation de ce maître, il ne me semble pas inutile d'attirer l'attention sur cette maladie qui s'accompagne de particularités tout à fait spéciales et très intéressantes.

été en jeu, quoique pourtant il y ait lieu de faire remarquer ici que dans les cas d'amblyopie hypermétropique congénitale, c'est presque toujours l'acuité visuelle de l'œil droit qui est en déficit.

Quoi qu'il en soit, le malade atteint de cette affection se présente à la consultation, en disant que depuis quelques jours il ne voit plus d'un des deux yeux ; jusqu'à plus ample informé, disons de l'œil droit. L'abaissement de la vision a été presque instantané ; c'est en se levant qu'il s'en est aperçu. Il lui semblait qu'il avait devant l'œil un corps étranger, opaque ; mais il avait beau frotter, la vision ne revenait pas. Comme toujours, dans les cas analogues (décollement de la rétine, hémorrhagies, etc.), l'entourage du malade était plongé dans l'étonnement ; l'œil était pourtant aussi beau, aussi sain que la veille. Deux fois, la maladie n'a été constituée qu'après plusieurs poussées successives, cinq ou six en moyenne dans l'espace de quinze jours. La vision s'est obscurcie pendant une heure ou deux, puis est redevenue presque normale, pour enfin disparaître complètement. Ces phénomènes s'accompagnaient de céphalalgie assez violente et unilatérale, migraine, dit le malade, mais sans hémiopie temporaire. Examinant alors le patient méthodiquement, on constate que les milieux de l'œil sont absolument sains ; cornée, cristallin, iris, humeur aqueuse et corps vitré (1). La vision centrale a complètement disparu. Les doigts ne sont pas distingués à un pied de distance. Ils ne commencent à être aperçus que dans le champ visuel périphérique ; ce qui permet de songer immédiatement à une lésion de la macula. A l'examen direct, avec le miroir, et en relâchant aussi complètement que possible les deux accommodations (examen à l'image droite), on aperçoit distinctement le fond de l'œil, se présentant avec des alternatives de teinte rouge et de teinte gris foncé, comme si l'on avait affaire à un soulèvement de la rétine, mais sans flottement de cette membrane. Cet examen ne doit pas être prolongé trop longtemps, car le malade accuse assez rapidement une grande sensibilité de l'œil à la lumière. Procédant alors à l'examen ophthalmoscopique (image renversée), on trouve, si l'on a été consulté dans les premiers jours d'invasion de la maladie, une *papille saine* ; c'est à peine si le disque optique paraît légèrement hyperhémié, et les veines un peu dilatées. Mais dirigeant en face le regard du patient, on aperçoit, occupant la place même de la macula, un petit disque d'un rouge foncé, tranchant nettement sur les parties voisines, paraissant légèrement enfoncé, et entouré de toutes parts d'une auréole grise, qui se continue insensiblement avec les parties voisines, saines, de la rétine, sans ligne nette de démarcation, et ne laissant apercevoir par transparence aucun vaisseau. Le tissu rétinien semble gonflé, formant une sorte de surélévation circulaire autour de la macula déprimée, et dont la teinte rouge fait immédiatement songer à une hémorrhagie maculaire, avec œdème rétinien périphérique.

Mais un examen attentif, et surtout les phénomènes consécutifs, permettent de rejeter bien loin l'idée d'une hémorrhagie. La macula ne paraît rouge que *par l'effet du contraste*. En effet, à l'état normal, lorsqu'on examine un œil à l'ophthalmoscope, les rayons émanés du fond de l'œil et réfléchis par la choroïde donnent la sensation d'une coloration rouge plus ou moins foncée, suivant les sujets, et presque uniforme, surtout lorsqu'on fait l'examen à l'image droite. Au contraire, lorsque la rétine est enflammée, elle s'œdématie rapidement, et dans tous les points atteints, elle présente

(1) L'absence de lésions antérieures du côté de l'iris est précisément un des caractères les plus curieux de la *rétinite périmaculaire*. Tous les syphiligraphes, en effet, ont remarqué à juste titre, comme le fait observer M. le professeur Fournier, la tendance singulière que présentent les lésions oculaires à se compliquer réciproquement. La multiplicité des localisations morbides, dans un seul œil ou d'un œil à l'autre, paraît même être un signe important dont le diagnostic peut faire son profit. Il y a là pour la rétinite périmaculaire une exceptionqu'il fallait signaler.

une coloration grise et une sorte de boursoufflement au milieu duquel disparaissent les vaisseaux. Cette coloration tient principalement à l'œdème du tissu sous-rétinien. La région de la macula est complètement privée de tissu sous-rétinien. Les fibres nerveuses sont mêlées, enchevêtrées, et complètement adhérentes à la choroïde sous-jacente. Donc, à ce niveau, pas d'œdème sous-rétinien possible, et conservation absolue de la coloration rouge qui, par contraste avec les parties voisines grisâtres, paraît éclatante et donne la sensation d'une tache hémorrhagique. Au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique surtout, cette notion a une grande importance. En supposant même que l'on possède à fond le maniement de l'ophthalmoscope, si l'on interprète la lésion au point de vue d'un raptus hémorrhagique, on perd son temps et on laisse de côté le traitement spécifique qui, dans le cas présent, a une action si complète et si rapide. Dans les cas où l'affection progresse, l'œdème rétinien s'étend en superficie, et atteint assez rapidement le tissu péripapillaire, en abandonnant la région maculaire. Le nerf optique ne tarde pas à prendre part au processus inflammatoire. Peu à peu l'œdème diminue, la lésion de contraste disparaît à son tour, et il se présente alors deux éventualités : ou la maladie guérit, laissant à sa suite une légère diminution de l'acuité visuelle, ou la névrite optique se termine par une atrophie papillaire qui ne se distinque par aucun caractère spécial. Le fond de l'œil a repris sa coloration habituelle ; l'examen de la macula ne permet nullement de songer à une rétinite ancienne ; seul, le nerf optique est blanc et peu vascularisé. Si l'on n'a pas assisté au début de la maladie, on constate tout simplement l'existence d'une atrophie de la papille, que l'on n'est nullement en droit d'appeler syphilitique, surtout si le malade, ce qui arrive souvent, cache avec soin ses antécédents. Du reste, arrivée à cette période, la maladie est rebelle à tout traitement ; celui-ci, si l'on soupçonne la nature syphilitique de l'atrophie, n'a d'intérêt qu'au point de vue de la préservation de l'autre œil.

Le pronostic de la rétinite périmaculaire est grave. Sur cinq malades observés avec soin, deux ont perdu complètement la vision de l'œil atteint; trois ont guéri. Ici, plus que jamais, la thérapeutique doit être instituée avec une vigueur et une sévérité excessives. En dehors du traitement spécifique énergique (frictions d'onguent napolitain, iodure de potassium à hautes doses), un médicament sur lequel j'ai déjà, à plusieurs reprises, appelé l'attention, m'a donné les meilleurs résultats; je veux parler de la pilocarpine en injections sous-cutanées. Dans la dernière note que j'ai publiée sur ce sujet, et dans une thèse soutenue par mon élève et ami le docteur Deniau (Paris, 1882), j'ai rappelé les succès que m'a donnés ce précieux médicament. Je continue à l'employer à ma clinique; je me propose d'en reparler un jour. Dans la *rétinite périmaculaire*, la pilocarpine m'a donné les mêmes excellents résultats que dans les chorio-rétinites, les rétinites exsudatives, les myopies progressives avec menace de décollement rétinien, les choroïdites avec corps flottants, etc.

Dans le travail cité plus haut, je disais que la pilocarpine ne guérit pas le décollement rétinien. Aujourd'hui je serais peut-être moins affirmatif; deux cas récents, et observés depuis le commencement d'août, me font espérer la guérison de cette terrible maladie. Mais je n'oublie pas qu'il faut observer très longtemps les décollements que l'on croit avoir guéris. Aussi je me garde bien de publier les observations, car du jour au lendemain le décollement peut se reproduire. Aujourd'hui encore, je professe la même opinion que l'année dernière : « Quel que soit le traitement que l'on emploie contre le décollement de la rétine, on constate toujours de l'amélioration au début (*loco citato*). » Il n'en est pas de même heureusement dans les affections exsudatives de l'œil, où la guérison se maintient et s'est maintenue depuis plus de deux ans. Dans la *rétinite périma-*

culaire j'ai pu, malgré moi, faire la contre-épreuve du traitement par la pilocarpine. Les deux malades qui n'ont pas guéri n'avaient pas été soumis aux injections sous-cutanées; le premier, parce qu'à l'époque où je l'ai vu, je n'employais pas encore ce médicament; quant au second, il s'y était absolument refusé. Il est bon d'ajouter que je n'ai jamais été convaincu que le traitement spécifique eût été suivi régulièrement par ces deux malades. Je serais plus porté à croire que les médicaments n'ont jamais été absorbés. Un fait qui mérite d'être noté, c'est que ces accidents oculaires se sont toujours présentés chez des gens dont l'accident primitif avait été insignifiant, et les accidents secondaires presque nuls. De là leur incrédulité vis-à-vis de l'origine syphilitique de l'affection. L'un d'eux surtout fut plus que surpris, lorsque, l'interrogeant sur ses antécédents, je lui affirmai que le petit chancre qu'il avait eu trente ans auparavant, la roséole bénigne qui l'avait suivi, et la perte de la vision de l'œil droit étaient les effets d'une seule et même maladie infectieuse. Il était marié depuis vingt ans; il avait trois enfants superbes. Pour lui, il était impossible qu'il fût encore sous l'influence de la syphilis.

En résumé, il existe une *rétinite périmaculaire syphilitique*, présentant à l'ophthalmoscope l'aspect d'une hémorrhagie de la macula (pseudo-lésion de contraste) avec œdème rétinien périphérique, survenant brusquement ou après quelques poussées successives, et pouvant déterminer rapidement une atrophie de la papille. Cette lésion est rare; elle semble n'affecter qu'un seul œil. Elle est justiciable d'un traitement spécifique énergique (frictions d'onguent napolitain sur l'un des quatre membres successivement et au niveau des articulations, pendant dix minutes, et à la dose de 5 à 6 grammes par jour; iodure de potassium à hautes doses). Elle est amendée rapidement par les injections sous-cutanées de nitrate de pilocarpine, à la dose de 2 centigrammes, pratiquées, autant que possible, le matin à jeun.

Le pronostic en est grave.

Elle attaque de préférence les gens qui ont eu des accidents syphilitiques anodins; d'où cette conclusion que tout individu qui a été atteint de syphilis n'est jamais à l'abri d'une rechute, quelque bénignes qu'aient été les premières manifestations de la maladie. Ricord l'a excellemment dit, il y a bien longtemps ; « Le traitement de la syphilis ne guérit pas; il ne fait que blanchir. » Et comme il l'a écrit, il n'est « ni dose, ni forme pharmaceutique, ni durée de traitement, qui confère à coup sûr l'immunité, qui soit la garantie de l'extinction complète, absolue, radicale de la vérole ».

Le microbe du choléra et le rapport de la mission allemande du choléra en Égypte.

Lorsque, sur les indications d'un télégramme venu d'Egypte, on annonça, — il y a de cela quelques semaines — la découverte du microbe du choléra, la nouvelle fit le tour des journaux politiques. C'était à nouveau, pour les reporters, l'occasion dont ils profitent souvent de faire excursion dans le domaine de la pathologie médicale. Moins enthousiastes et plus prudents, les médecins réservaient avec raison leur opinion, car, avant de juger de la valeur de ces faits, il fallait consulter le dossier de ce procès de pathogénie bactéridienne, où la pièce principale manquait alors, c'est-à-dire le rapport officiel de la mission allemande du choléra en Egypte.

A M. Koch, en effet, était échu, disait-on, l'honneur d'avoir observé le premier le microbe dont l'existence et la puissance morbigènes sont aujourd'hui en vive discussion, à l'étranger et surtout dans la presse médicale anglaises. Aussi, dans leurs plus récents numéros, *The British Medical Journal, The Lancet, The Medical Press and Circular* lui consacrent de longs articles de critique.

Ce n'est assurément pas dans la patrie de M. Pasteur, l'inventeur des méthodes microbiennes et l'initiateur de ces recherches, que les médecins se désintéresseraient de ce mouvement d'opinion.

Ici, au reste, il y a place pour tout esprit modéré, entre l'enthousiasme à outrance et le scepticisme systématique, l'un et l'autre également contraires à l'avancement de la

science. C'est donc en demeurant avec sang-froid sur le terrain solide du bon sens qu'on peut provisoirement estimer à leur valeur actuelle les recherches de la Mission allemande et les conclusions de son chef éminent.

Dans le rapport du 17 septembre, adressé d'Alexandrie au gouvernement prussien, rapport qui a eu les honneurs du *Journal officiel de l'empire d'Allemagne*, M. Koch entre dans de minutieux détails sur son installation à l'hôpital grec d'Alexandrie. Mais à quoi bon le suivre dans la description topographique des locaux destinés aux animaux en expérience, aux instruments de recherches et au laboratoire qui fut le théâtre sur lequel le nouveau microbe allait entrer en scène et tenir pour la première fois un grand rôle.

Pratiquement, il est plus utile d'apprendre que douze cholériques furent l'objet d'observations cliniques et que dix autopsies furent pratiquées avec soin. Ces malades appartenaient à des nationalités diverses : trois étaient Allemands, deux Autrichiens, quatre Grecs et le dernier était Turc. De plus, leur âge variait; car, parmi eux, on comptait deux enfants, deux vieillards de soixante ans et des adultes de vingt à trente-cinq ans, tous en puissance certaine du choléra indien et non pas d'affections plus ou moins cholériformes. Le rapport de M. Koch est donc un démenti formel aux assertions intéressées de ceux qui, pour un moment, ont mis en doute la nature asiatique de l'épidémie actuelle d'Egypte.

Pendant les diverses périodes de la maladie, de son début jusqu'à sa terminaison, on examina le sang, les matières vomies, les produits de sécrétion et les déjections alvines. On reconnut ainsi que, totalement absents du sang et rares dans les produits des vomissements, les micro-organismes étaient en grand nombre dans les matières intestinales. En même temps, en pratiquant les autopsies immédiatement après la mort, on constatait leur absence dans les organes dont les microbes font leur habitat préféré ; le poumon, la rate, le rein et le foie. On en avait bien rencontré quelques-uns dans les voies aériennes, mais c'était accidentellement et ils provenaient du tube digestif.

Au moyen de ces produits pathologiques, M. Koch institua des cultures microbiques. Quelle fut la méthode adoptée? Vraisemblablement celle dont il a fait usage dans ses recherches sur la tuberculose. En tout cas, les animaux soumis à l'inoculation appartenaient à plusieurs espèces : chiens, chats, singes et oiseaux. On avait même pris soin d'apporter de Berlin cinquante souris, sans doute en souvenir de Thiersch, qui provoqua chez ces animaux, on ne l'a pas oublié, des accidents cholériformes par inoculation des évacuations des cholériques.

Ici les résultats ont été négatifs. Les uns furent inoculés avec les produits des cultures, les autres avec les matières vomies, les déjections alvines ou bien encore le contenu du tube digestif des corps soumis à l'autopsie. Tantôt ces matières étaient récentes et encore fraîches, tantôt on les avait préalablement exposées pendant un temps variable à un degré de chaleur plus ou moins élevé, ou bien encore on les avait soumises à la dessiccation. Malgré les précautions opératoires et la variété de ces conditions expérimentales, aucun des animaux inoculés n'a été atteint du choléra ou d'accident cholériforme. La plupart survécurent et ceux qui succombèrent présentaient les lésions habituelles après les inoculations septiques et non pas les signes d'une infection spéciale.

Lewis et Cunningham, qui, aux Indes, il y aura tantôt dix années, inoculaient des animaux avec les déjections des cholériques, obtenaient aussi les mêmes résultats. Ils ne reproduisaient pas le choléra, mais provoquaient une entérite hémorrhagique à lésions anatomiques comparables à celles que produisent les inoculations alvines normales.

L'insuccès de M. Koch confirme en grande partie les recherches de Lewis et Cunningham. Plus heureux dans l'hématologie du choléra, ceux-ci avaient reconnu des altérations du plasma sanguin, mais, dépourvus des procédés contemporains d'investigation microbique, ils ne pouvaient observer la bactérie que Koch vient de découvrir.

Quel est donc le siège et le signalement de ces microbes? Ce sont, par leur forme et leur dimension, des bacilles qui ont pris domicile dans les glandes, les villosités et le tissu même de la muqueuse intestinale. Là où cette membrane est peu altérée, ces microbes pénètrent dans la cavité des glandes dont ils irritent les parois, comme le témoigne la dilatation de leurs orifices. Ailleurs, ils font route sous l'épithélium, et s'accumulent en colonies entre ce dernier et la membrane propre de la glande ; ailleurs encore ils s'arrêtent à la surface des villosités ou s'introduisent dans leur tissu. Enfin, dans les cas d'infiltration sanguine de la muqueuse, c'est-à-dire dans les formes cliniques les plus graves, ils sont en quantité innombrable, ne s'accumulent pas seulement dans les couches superficielles de la muqueuse, mais cheminent plus avant jusque dans la couche musculaire intestinale. C'est dans la partie inférieure de l'intestin grêle et dans les produits de ses sécrétions que ces altérations se rencontrent principalement et qu'habitent les bacilles que M. Koch a observés chez tous les cholériques à l'exception

d'un seul. Ce malade, atteint d'une attaque de choléra plusieurs semaines avant sa mort n'avait pas succombé à ce dernier, mais bien à des complications lointaines.

Ces recherches intéressent plutôt, dira-t-on, l'anatomie pathologique du choléra que sa pathogénie microbique? Soit; mais voici que M. Koch leur fait acquérir une tout autre valeur, en les comparant avec d'autres observations personnelles. Il y a deux années, examinant des fragments d'intestins provenant d'indigènes ayant succombé au choléra et venant directement des Indes, il avait constaté nettement des amas de bactéries dans la muqueuse, mais sans attacher une grande importance à ce fait, parce qu'il attribuait alors à la putréfaction la présence de ces microbes.

Les faits signalés plus haut ont été, paraît-il, une révélation pour M. Koch. Le bacille du tube digestif des cholériques d'Egypte était donc identique au microbe de l'intestin grêle des cholériques des Indes. Ce sont, dit-il, les mêmes bacilles groupés de la même manière « *dieselben bacilli und in dieselben anordnung* ». Cette preuve suffit-elle, en présence des résultats négatifs des inoculations, pour affirmer que ce micro-organisme est bien le microbe cholérigène, le *bacillus cholericus?*

Voici d'abord une première objection: il n'existe pas de caractères physiques distinguant ce bacille des microbes des tissus organiques en décomposition. Comment prouver alors que ce bacille est le facteur pathogénique du choléra? Ne peut-on pas renverser la proposition et se demander si les altérations des parois intestinales chez les cholériques, ne sont pas le terrain favorable à leur multiplication, soit en modifiant les sécrétions, soit en diminuant la résistance des tissus et en facilitant leur pénétration à travers la muqueuse? Et puis, comme on l'a fait remarquer, durant les heures qui précèdent la mort du cholérique, la vitalité de la muqueuse est réduite au minimum, à preuve l'arrêt des échanges dans les tissus, l'inhibition des actes digestifs et la suspension des fonctions d'absorption, dont témoigne l'accumulation des aliments ou des médicaments dans les cavités intestinales, à preuve encore l'état nécrobiotique des éléments anatomiques de la paroi intestinale, si manifeste quand on en observe une coupe histologique immédiatement après la mort.

C'est à la culture de ce microbe et à l'inoculation de liquides rendus virulents par sa présence, qu'il faut demander la réponse à ces objections. Malheureusement ces recherches expérimentales ont échoué en Egypte. Quelles ont été les causes de cet insuccès? La méthode de culture était peut-être en défaut? Il n'y aurait pas lieu de s'en étonner. N'a-t-il pas fallu de longues années et de nombreux essais avant de réussir à inoculer aux singes le *spirillum fever* de la fièvre à rechutes?

Faut-il concéder aux animaux mis en expérience cette immunité que possèdent beaucoup d'individus quand une épidémie touche à son déclin? Doit-on supposer qu'à ce moment le terrain favorable au développement des bacilles a été épuisé par des générations de microbes multiples et affamés; que, leur indispensable *pabulum vitæ* ne se renouvelant pas indéfiniment, la contagion cesse au moment où il est épuisé, c'est-à-dire à l'époque où l'épidémie commence à s'éteindre?

Ces hypothèses et d'autres encore plus hasardées n'ont peut-être pas le mérite de la nouveauté, néanmoins elles sont discutées entre les critiques et les admirateurs des travaux de la mission allemande. Ce sont de séduisantes théories, mais, en bonne logique, il ne faudrait pas cependant aller plus loin que M. Koch et proclamer la déchéance des faits déjà connus au profit du dernier né de la dynastie des microbes. En résumé, M. Koch a constaté que l'épidémie d'Egypte était bien le choléra asiatique. Un microbe a été trouvé dans l'intestin des cholériques en Egypte comme aux Indes; ce bacille habite de préférence l'intestin grêle, pénétrant dans sa paroi et ses glandes. Ce bacille est-il bien le microbe du choléra? C'est de tentatives expérimentales plus favorisées et de cultures plus perfectionnées qu'on attend la confirmation de ces hypothèses.

Toute conclusion serait donc prématurée et par cela même illégitime. Aussi M. Koch se transporte dans les foyers cholérigènes permanents des bords du Gange et du littoral de l'empire des Indes, et compte bien y trouver de meilleures conditions expérimentales. En attendant les résultats de ses futures investigations, espérons que le gouvernement français publiera prochainement aussi le rapport de la *Mission française d'Egypte*. Son chef distingué, M. le docteur Straus, apportera certainement de nouveaux éléments à cette importante discussion.

Ch. Eloy.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883

EGYPTE. — Le nombre des décès cholériques à Alexandrie varie, depuis le 29 octobre, de trois à quatre ou cinq quotidiennement. Le foyer épidémique, sans être très intense, n'est donc pas éteint.

Il est vrai qu'en Egypte et en Orient, la réapparition du choléra provoque de vives discussions. Les uns y voient seulement la continuation de l'épidémie de l'été, les autres attribuent ce retour à une réimportation venant directement de l'Inde par le paquebot de la Compagnie péninsulaire et orientale qui transportait en Egypte M. Baring. Ce navire ayant eu un décès suspect pendant la traversée devait, sur l'avis des médecins sanitaires de Suez, être réglementairement mis en quarantaine. La demande de ces médecins fut transmise au Conseil international d'Alexandrie. Celui-ci, au mépris des règlements de la prophylaxie internationale, autorisa l'entrée, en contumace, du navire dans le canal, après une observation illusoire de vingt-quatre à quarante-huit heures.

N'est-ce pas là une nouvelle preuve de l'omnipotence anglaise dans ce Conseil, dont la majorité est aux ordres des intérêts britanniques ? L'Europe n'y trouve plus aucune garantie de sécurité, et il serait temps que sa diplomatie mît fin à ces graves dangers par une réorganisation assurant l'indépendance des membres de cette institution.

D'ailleurs les procédés administratifs du gouvernement anglais en matière sanitaire soulèvent de vives protestations en Egypte comme en Europe; telles sont, par exemple, les réclamations contre le *rapport officiel* de M. Hunter. A défaut de publications spéciales, c'est dans les colonnes des journaux politiques des bords du Nil que se vident actuellement ces débats scientifiques.

Dans son rapport, le médecin officiel du gouvernement anglais invoquait les opinions de MM. Ambron, Susini et Sierra, praticiens expérimentés et fort au courant de la nosologie du pays, pour établir la nature endémique du choléra en Egypte. C'était mettre ainsi les Indes hors de cause et justifier les autorités anglaises. Mais voici un incident qui ne contribuera pas à augmenter la valeur des arguments de M. Hunter. Les honorables confrères dont il aurait, dit-il, invoqué les témoignages, n'ont jamais émis un tel avis. Telle est du moins la conclusion qu'on peut tirer de la brochure que M. Sierra vient de publirr, sous le titre de : *Quelques notes sur le rapport de M. le chirurgien généralHunter.*

De par une singulière transmutation nosologique du choléra nostras en choléra asiatique, l'opinion de M. Sierra venait à l'appui de la thèse de M. Hunter et des démonstrations de la diplomatie médicale du *Foreign-Office*. Malgré son originalité, cette argumentation n'est pas du goût de M. Sierra et de ses confrères; il ne faut pas s'en étonner.

L'incident a un épilogue, une protestation du Conseil de santé égyptien que publie l'*Egyptian Gazette*. De là, grande colère au delà du détroit contre cette déclaration, que John Bull, irrité, qualifie « d'insolent document ». En voici la substance : « Le Conseil « de santé a le devoir de protester énergiquement contre les assertions du docteur « Hunter, parce qu'elles jettent le trouble dans l'opinion publique et font croire à l'en- « démicité du choléra en Egypte depuis 1865. Premièrement, le Conseil déclare que « pendant son très court séjour dans la Basse-Egypte, M. Hunter ne pouvait réunir des « observations personnelles en faveur de l'hypothèse qu'il émet; de plus, durant ce « voyage, il a accepté des informations venant de personnes étrangères à l'art mé- « dical. Deuxièmement, MM. les docteurs Ambron, Susini et Sierra, en conformité avec « leurs déclarations antérieures au Conseil de santé, affirment n'avoir jamais admis « l'endémicité du choléra en Egypte, et que cette endémicité n'y a jamais été constatée « par eux. »

Cette déclaration, revêtue du sceau officiel du Conseil sanitaire, était accompagnée d'une lettre d'envoi aux journaux portant la signature de Salem-Pacha. De là, parmi les conquérants de l'Egypte, un scandale d'autant plus grand que ce fonctionnaire égyptien vient de recevoir, d'après le *Times*, la décoration et les « hysterical congratulations » du ministère de l'intérieur de son pays !

Cet épisode ne contribuera pas à donner crédit dans l'histoire au rapport britannique sur le développement du choléra asiatique d'Égypte en 1883. Ch. E.

BIBLIOTHÈQUE

DE LA VALEUR DIAGNOSTIQUE DES BACILLES DE KOCH DANS LES CRACHATS, par M. Fernand SAUVAGE. Paris, 1883, Delahaye et Lecrosnier.

Voici un mémoire inaugural qui est tout à l'honneur de notre nouveau et distingué

confrère le docteur Sauvage et du maître éminent qui l'a inspiré. C'est en acceptant les conclusions des travaux de Koch que l'auteur considère avec raison la présence des bacilles dans les crachats comme l'élément du diagnostic de la tuberculose pulmonaire; chez tous les malades où il a constaté la présence de ces micro-organismes, il existait toujours une tuberculose. Le nombre des bacilles est en rapport avec la rareté des crachats et non pas avec la fièvre, ou l'étendue des lésions tuberculeuses; on ne peut donc pas en faire la base du pronostic, mais on doit les considérer comme ayant une grande valeur dans le diagnostic. On peut diviser, au moins provisoirement, les phthisiques en deux groupes: ceux qui sont tuberculeux, c'est-à-dire en puissance d'infection parasitaire, et ceux qui ne le sont pas, c'est-à-dire dont la cachexie est en rapport avec des lésions non parasitaires des voies respiratoires. Le travail inaugural de M. Sauvage mérite d'être lu parce qu'il montre la valeur clinique des recherches sur la tuberculose parasitaire dont Willemin a été l'initiateur et que les travaux de Koch viennent de confirmer. M. Sauvage a été heureux dans le choix de sa thèse et dans ses conclusions, que leur sagesse fera accepter du plus grand nombre. — C. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 octobre 1883 (1). — Présidence de M. Guéniot.

Sommaire. — Rapport et communication sur la gastro-stomie. — Des luxations subites dans le cours du rhumatisme articulaire aigu; discussion. — Des corps étrangers de la vessie chez l'homme.

MM. Verneuil, Chauvel, Trélat, Monod présentent diverses brochures.

— A propos du procès-verbal de la précédente séance, M. Horteloup, au nom d'une commission chargée de l'examen de la lettre adressée par M. Henri Petit en réponse à la communication de M. Léon Labbé relative à la gastro-stomie, fait un rapport sur la question de priorité soulevée par cette communication. Ce rapport conclut à l'insertion d'un extrait de la lettre de M. Henri Petit dans les *Bulletins* et au dépôt de ce document dans les archives de la Société. Ces conclusions sont adoptées.

— M. Larger (de Maisons-Laffitte) fait une communication *sur le lieu d'élection de al fistule dans la gastro-stomie.*

En parcourant les observations de gastro-stomie publiées jusqu'à ce jonr, on ne trouve, dit-il, que peu ou point de détails sur ce temps de l'opération. Les chirurgiens qui, à l'exemple de Sédillot, s'en sont souciés n'ont eu, comme lui, en vue que la facilité opératoire. Or, il faut encore que la fistule soit placée de façon à ce qu'elle gêne le moins possible les mouvements de l'estomac. C'est ce point *nouveau* sur lequel M. Larger désire attirer l'attention.

Par une contradiction bizarre, le lieu d'élection de Sédillot, qui est le plus avantageux au point de vue *opératoire*, est le plus *défectueux* au contraire au point de vue *fonctionnel*. C'est ce qui résulte des recherches anatomiques et physiologiques de M. Larger exposées dans sa thèse inaugurale (thèse de Strasbourg, 4 janvier 1870), dont la conclusion se résume ainsi : « Il existe normalement, au niveau du coude de l'estomac, à « l'union des portions cardiaque et pylorique (lieu d'élection de Sédillot), un fort amas de « fibres musculaires lisses appartenant à la couche circulaire, amas de fibres signalé « par H. Home et que ce dernier a considéré à tort comme un sphincter anatomique « (car il n'est pas nettement délimité), mais qui, servant de lieu d'insertion principal « aux deux couches des fibres longitudinales de l'estomac d'une part, et obliques « de l'autre (ainsi que j'ai pu le démontrer par de nombreuses discussions sur l'homme

(1) A la séance du 24 octobre, après la lecture du procès-verbal, le dépouillement de la correspondance et la lecture d'une lettre de M. H. Petit dont nous parlons plus loin, M. le président Guéniot s'est levé pour annoncer officiellement la nouvelle de la mort de M. Depaul, membre honoraire et ancien président de la Société de chirurgie.

M. Guéniot a voulu ajouter quelques paroles pour payer, à la mémoire de son maître, un juste tribut d'hommages et de regrets, mais l'émotion lui a coupé la voix, et, vaincu par la douleur, c'est à peine s'il a pu terminer son allocution. Heureuses les mémoires qui inspirent de pareils sentiments, plus éloquents que les plus beaux discours!

Le séance à été immédiatement levée en signe de deuil. — A. T.

« et les animaux), est le véritable *centre moteur* de l'estomac, le point où convergent « et d'où partent tous les mouvements musculaires auxquels il semble donner le « ton, absolument comme le pharynx règle ceux de l'œsophage, le col de la vessie ou « de l'utérus, ceux de ces organes ; c'est du moins ce que laisssent entrevoir les expé- « riences de Magendie et de Schiff, et ce que les miennes propres démontrent avec la « dernière évidence. »

Il suit de là qu'en pratiquant une fistule au niveau du coude de l'estomac, on détermine dans les mouvements de celui-ci une perturbation analogue à celle que produirait par exemple dans la miction une fistule du col de la vessie. Où devra donc être placée la fistule ? Dans la portion cardiaque, près de la grande courbure, dans un point aussi rapproché que possible du cardia.

On réalise à peu près ainsi les conditions normales de l'introduction et du séjour des aliments dans l'estomac. Outre les avantages d'être plus facilement accessible et de ne déterminer la lésion d'aucun faisceau musculaire important, le lieu d'élection à la grande courbure présente encore celui de correspondre à la position que prend l'estomac quand celui-ci, empli d'aliments, opère son mouvement de bascule.

Voici comment il convient, en résumé, de pratiquer la gastro-stromie, suivant M. Larger :

1° Incision cutanée de L. Labbé, mais le plus rapprochée possible des cartilages costaux et terminée un peu plus haut que ne le conseille ce chirurgien.

2° Attirer doucement à l'orifice abdominal la région cardiaque de la grande courbure, en un point le plus rapproché possible du niveau du cardia (lieu d'élection). Mais il peut se faire que la rétraction et le déplacement de l'estomac contraignent l'opérateur à placer la fistule où il le pourra, car les observations publiées prouvent qu'à incisions cutanées à peu près égales, on a rencontré et ouvert les parties les plus diverses de l'estomac; les rapports de cet organe avec la paroi abdominale était des plus variables chez les individus qu'on va gastrostomiser.

3° Enfin l'estomac, soigneusement suturé et ouvert, n'y faire pénétrer que très peu la sonde de caoutchouc dans la crainte, — justifiée par l'exemple du malade de Le Dentu, — que les contractions musculaires ne poussent l'extrémité de la sonde dans le duodenum.

M. Berger dit que tous les chirurgiens qui ont pratiqué l'opération de la gastro-stomie ont essayé, comme le conseille M. Larger, de rapprocher de la région cardiaque le siège de la fistule, mais toutes les autopsies qui ont pu être pratiquées ont démontré que l'ouverture avait été faite dans la région pylorique. On a tenté également d'attirer la région cardiaque au niveau de l'ouverture de la paroi abdominale, mais il en est résulté des tiraillements sur les points de suture qui se sont enflammés, ont suppuré et ont propagé l'inflammation au péritoine.

M. Lucas-Championnière pense que l'idée d'amener la région cardiaque au niveau de l'incision abdominale pour y pratiquer la fistule, outre ses difficultés et ses dangers, n'a rien de pratique; c'est, suivant lui, de la théorie pure.

Quand aux inconvénients attribués par Larger à la pratique généralement adoptée, M. Lucas-Championnière croit que les considérations exposées à ce sujet par son collègue sont contredites par l'observation des faits. L'ouverture de la fistule à la région pylorique n'a pas les inconvénients dont parle M. Larger. Dans l'opération qu'il a pratiquée, bien que le siège de la fistule fût placé dans le point incriminé par M. Larger, l'opéré a pu recevoir, dès la première heure qui a suivi l'opération, les injections alimentaires sans les rejeter, et la digestion de ces aliments s'est faite d'une manière régulière. Donc les considérations de M. Larger, excellentes sans doute au point de vue de l'anatomie et de la physiologie, perdent leur valeur dans la pratique, puisque les faits montrent que l'on obtient de bons résultats avec une bouche stomacale dont le siège serait théoriquement défectueux.

M. Lucas-Championnière reconnaît, d'ailleurs, avec M. Larger, que l'on donne une trop grande longueur au tube introduit dans l'estomac, et qu'il y a lieu de le raccourcir.

M. Larger se borne à répondre que les considérations qu'il a présentées sur le lieu d'élection de la fistule stomacale n'ont rien d'absolu.

— M. Verneuil fait une communication sur les luxations subites dans le cours du rhumatisme articulaire aigu.

Le savant chirurgien a eu pour but, en faisant cette communication, d'attirer l'attention sur une variété de luxation pathologique ou de cause pathologique, qui se présente dans les conditions suivantes : au cours d'un rhumatisme articulaire aigu, des articula-

tions placées en attitude vicieuse se déplacent soudainement ou du moins avec une extrême rapidité; ce déplacement a lieu sans altération osseuse quelconque, en l'absence de suppuration dans l'articulation; il est susceptible d'être réduit instantanément comme dans les cas de luxation traumatique, et le membre reprend aussitôt sa situation, ses dimensions et sa forme normales, de telle sorte que la guérison de cette variété de luxation peut être complète en un temps très court.

Cette variété de luxation pathologique n'est pas très rare. M. Verneuil en a observé, pour sa part, sept cas, qui n'ont pas d'analogues dans les faits publiés dans les recueils de chirurgie, à l'exception d'une observation recueillie en 1859 dans le service de M. Marjolin et relatée dans la thèse de M. le docteur Gibert.

Voici le résumé très succinct des observations de M. Verneuil.

Au mois d'août dernier, M. Verneuil fut appelé pour voir une petite fille de 10 à 11 ans, d'une bonne constitution, d'une bonne santé habituelle, n'ayant aucun stigmate de scrofule, qui, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, avait été atteinte d'un rhumatisme articulaire, lequel, après avoir pris et quitté diverses articulations, s'était fixé définitivement sur la hanche et le pied du même côté du corps. Les douleurs extrêmement vives ne laissaient à la petite malade aucun repos, ni le jour ni la nuit. Après dix ou douze jours de cet état, les douleurs cessèrent tout à coup, mais il se produisit une déformation de la hanche avec déviation du membre inférieur. M. Verneuil reconnut aisément la luxation, qu'il réduisit séance tenance après avoir endormi l'enfant à l'aide du chloroforme. Le membre fut placé dans la gouttière de Bonnet; aujourd'hui l'enfant commence à marcher et tout porte à croire qu'elle sera bientôt complètement guérie.

Ce fait est le cinquième du même genre qu'il a été donné à M. Verneuil d'observer pour l'articulation de la hanche. Les autres observations, dont la première remonte à l'année 1845 et la seconde à l'année 1846, pendant l'internat de M. Verneuil dans les services de Lisfranc et de Bazin, sont toutes, en quelque sorte, calquées sur le modèle de la précédente.

A l'époque où M. Verneuil fit ses premières observations, Bonnet n'avait pas encore inventé sa gouttière et l'on ne savait pas encore traiter ces sortes d'affections, qui étaient abandonnées à elles-mêmes.

Plus tard, en 1865, à la suite de la célèbre discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie sur la coxalgie, M. Verneuil eut l'occasion d'observer, dans son service de l'hôpital Lariboisière, deux cas du même genre. Pensant qu'il avait eu tort, dans ses premières observations, de ne pas réduire la luxation, il se garda bien de tomber dans la même faute; il fit la réduction de la luxation de la hanche, plaça le membre dans la gouttière de Bonnet et obtint la guérison des malades. Ce qu'il a observé ainsi cinq fois pour l'articulation de la hanche, M. Verneuil l'a constaté deux fois pour l'articulation du genou.

Dans ces deux cas, il s'agit encore d'un rhumatisme mono-articulaire ayant succédé à un rhumatisme généralisé; chaque fois, après un certain temps de douleurs violentes dans l'articulation du genou, la douleur a cessé brusquement en même temps que l'on constatait la production d'un déplacement des extrémités articulaires. Dans l'un de ces cas la luxation a été réduite et maintenue à l'aide de l'appareil plâtré et de la gouttière de Bonnet, et la guérison a été obtenue.

Dans l'autre cas, la réduction n'ayant pas pu être maintenue, M. Verneuil se vit forcé, à cause des violentes douleurs éprouvées par la malade, de faire la résection du genou, puis l'amputation de la cuisse, et la malade mourut d'épuisement causée par une longue et abondante suppuration.

Voilà donc 7 cas de luxation subite survenue dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, sans altération osseuse ni suppuration de la cavité articulaire.

M. Verneuil croit devoir tirer de ces faits les conclusions suivantes : 1° Il faut, dans le rhumatisme articulaire aigu, surveiller les attitudes vicieuses que peuvent prendre les membres et s'attendre à voir survenir quelque luxation subite pour se tenir prêt à y porter remède.

2° Lorsque la luxation s'est produite, il faut s'empresser de faire la réduction, qui est généralement facile, et l'on voit aussitôt le membre reprendre sa forme normale suivie du retour des fonctions, grâce à l'immobilisation dans l'appareil plâtré et la gouttière de Bonnet.

Quant à la pathogénie de cette affection, M. Verneuil pense que, dans l'état actuel de la science, il n'est plus possible de s'en tenir à la théorie de l'hydarthrose que l'on trouve déjà dans les livres d'Hippocrate et qui a traversé les siècles pour arriver jusqu'à M. Parise (de Lille), qui l'a soutenue dans un travail des plus remarquables publié dans l'année 1842-1843. M. Verneuil ne conteste pas la luxation par hydarthrose, mais l déclare ne l'avoir jamais vue, et il ne comprend pas, d'ailleurs, comment au genou,

par exemple, l'hydarthrose pourrait être capable de faire passer l'extrémité du fémur au devant du tibia pour produire la luxation. Du reste, dans les deux cas de luxation du genou dont il a relaté l'observation, M. Verneuil n'a pu constater l'existence d'une hydarthrose.

M. Verneuil estime que, dans la pathogénie de cette variété de luxation pathologique, le principal rôle doit être attribué à l'intervention de l'action musculaire. C'est la paralysie d'un groupe de muscles combinée avec la contracture d'un autre groupe qui amène le déplacement. Dans la luxation du genou, c'est le triceps fémoral qui se paralyse et laisse à l'action exagérée des muscles postérieurs de la cuisse toute liberté pour attirer l'extrémité supérieure du tibia derrière les condyles du fémur. Dans la luxation de la hanche, le déplacement est dû à la paralysie des muscles pyramidal, obturateurs et jumeaux pelviens, combinée avec la contracture des muscles fessiers.

La théorie de l'intervention musculaire peut se passer de l'hypothèse de l'hydarthrose aiguë, dont l'existence manque encore absolument de preuves, tandis que la théorie de l'hydarthrose, même en admettant la réalité du phénomène, a besoin, pour expliquer la luxation, de l'intervention du système musculaire.

M. Trélat dit que dans les observations de M. Verneuil il ne manque qu'une chose, la preuve de l'existence réelle de cette paralysie sur laquelle M. Verneuil s'appuie pour expliquer le déplacement. La théorie que M. Verneuil cherche à faire prévaloir repose donc sur une hypothèse qui a sa valeur, mais qui ne semble nullement applicable à la généralité des cas.

M. Després fait remarquer que dans la paralysie infantile on n'observe pas ou l'on n'observe qu'exceptionnellement, à la hanche seulement, la variété de luxation dont vient de parler M. Verneuil. Il n'y a donc que la luxation de la hanche qui rentrerait dans le cadre de la nouvelle théorie.

M. Marjolin ne pense pas qu'il faille abandonner entièrement l'idée de l'hydarthrose comme explication du déplacement dans la luxation pathologique de la hanche ; pour lui, il estime que si l'on n'observe pas souvent cette hydarthrose, cela tient à la difficulté d'en constater l'existence à la profondeur où se trouve l'articulation. Il y aurait donc lieu de faire à côté de la doctrine soutenue par M. Verneuil une place pour l'ancienne théorie de l'hydarthrose. La communication de M. Verneuil présente en outre le grand intérêt d'appeler l'attention des médecins sur les luxations qui se développent au cours du rhumatisme articulaire aigu.

M. Reclus a été surpris d'entendre M. Després affirmer qu'en dehors de la luxation de la hanche il n'existait pas de luxation paralytique démontrée. Quand cela serait, la communication de M. Verneuil ne perdrait rien de son importance. Mais il est vrai de dire que l'explication de M. Verneuil peut s'étendre à beaucoup d'autres luxations. Dans ces affections que M. Charcot a décrites sous le nom *d'amyotrophies*, chez les vieillards, dans la paralysie infantile, on trouve beaucoup d'exemples de luxations dans d'autres régions que la hanche. Pour sa part, M. Reclus a observé un enfant chez lequel existait une double luxation de la hanche, une luxation du genou et un pied-bot paralytique.

M. Verneuil, répondant à M. Trélat, dit que l'existence de la paralysie des muscles, dans les cas de luxation pathologique, n'a pas besoin d'être démontrée, car elle l'a été déjà non seulement dans les arthrites coxo-fémorales, mais encore dans les arthrites du genou, de l'épaule, etc. On peut dire d'une manière générale qu'il faut toujours, pour déterminer une luxation, soit une action violente, soit l'intervention musculaire.

— M. le docteur Henriet, chirurgien des hôpitaux, lit un travail *sur les corps étrangers de la vessie chez l'homme.*

A. T.

FORMULAIRE

Lotion antisyphilitique. — Martineau.

Hydrate de chloral	10	grammes.
Teinture d'eucalyptus.	10	—
Eau distillée.	1000	—

Faites dissoudre. — En lotions, soir et matin, contre les syphilides de la vulve. — N. G.

COURRIER

Concours des prix de l'internat. — Ce concours a commencé le samedi 3 novembre par la composition écrite. Le jury est composé de MM. Verneuil, Hérard, Cusco, Guéniot, Humbert, Joffroi, Dejérine.

Le sujet de la composition écrite était :

Pour la première division (médaille d'or) : muqueuse pituitaire. — Des hémorrhagies dans les fièvres.

Pour la seconde division (médaille d'argent) : muscles pelvitrochantériens. — Signes et diagnostic de la coxalgie.

Exercice illégal de la médecine. — Louise Delage, âgée de trente-sept ans, ayant à son actif déjà sept condamnations, la plupart pour vols, vient de comparaître, sous cette nouvelle prévention, devant le tribunal correctionnel de Limoges. C'est dans le canton d'Ambazac qu'elle a commis les délits dont elle avait à répondre.

Deux braves campagnardes viennent raconter au tribunal, l'une, qu'elle a hébergé pendant plusieurs jours l'accusée, qui lui avait promis de guérir son enfant, atteinte de la coqueluche, en quelques jours, avec de la tisane d'herbes qu'elle seule connaissait et possédait. Naturellement, la tisane n'a produit aucun effet, et le secours d'un homme de l'art a été nécessaire ; malgré l'inefficacité de ses remèdes, la femme Delage s'est fait remettre 3 francs.

L'autre témoin, une jeune et fraîche paysanne de vingt-trois ans, a été pendant trois semaines en butte au traitement de la « femme-médecin », qui, prétextant que sa malade avait le ver solitaire, accomplisait sur elle des manœuvres extrêmement dangereuses, nécessaires, d'après ce médecin enjuponné, pour extirper le ver.

Le tribunal a condamné la femme Delage à quinze mois de prison et 16 francs d'amende.

Maladies des femmes. — M. le docteur Chéron a recommencé ses leçons cliniques, à sa clinique, rue de Savoie, n° 9, le lundi 5 novembre, à une heure, et les continuera les lundis suivants, à la même heure.

Officiers de santé. — Le décret du 1er août 1883 porte que tout candidat au diplôme d'officier de santé devra, en s'inscrivant, justifier, à défaut du diplôme de bachelier, du certificat de grammaire complété par un examen portant sur les éléments de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle, conformément au programme d'études de l'enseignement spécial.

Le ministre de l'instruction publique, par sa circulaire du 9 octobre 1883, a décidé que, durant une période de deux ans qui prendra fin le 1er novembre 1885, le recteur pourra, sur l'avis motivé de la Faculté ou Ecole, accorder la dispense de cet examen complémentaire aux étudiants qui ont subi l'examen de grammaire avant le 1er août 1883, mais à ceux-là seulement.

Société médicale des hôpitaux. — Séance du vendredi 9 novembre.

Ordre du jour : M. Féréol : sur les nod o sités arthitiques éphémères. — Discussion sur les difficultés de diagnostic du cancer de l'estomac. — Communications diverses.

Nécrologie. — Le docteur Willième, membre titulaire de l'Académie de médecine de Belgique, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Mons, est mort le 16 octobre dernier à l'âge de 56 ans.

— Le docteur Vincent Genod, médecin-major de 1re classe en retraite, est mort le 22 juillet, à l'âge de 50 ans.

— On annonce aussi la mort du docteur A. Gilles de la Tourette, décédé le mois dernier à Rochefort-sur-Loire (Maine-et-Loire). Notre confrère s'était acquis dans son département une notoriété méritée par ses recherches archéologiques.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

BULLETIN

L'ainhüm et les amputations spontanées. — Nous pensons que les sujets d'ordre vulgaire en apparence ne sont pas toujours les moins intéressants. Il y a des questions qui sont d'actualité constante et qui peuvent nous occuper chaque semaine sans jamais s'épuiser. Les faits rares viennent çà et là réveiller notre cervelle engourdie et semer de quelque variété notre observation journalière.

Poursuivre les curiosités, s'enquérir des faits qu'on n'a jamais vus et que peut-être on ne verra jamais, c'est oublier le but du voyage et faire l'école buissonnière. Mais c'est aussi nous distraire des ennuis de la route et nous donner la force d'aller jusqu'au bout. Quelquefois, c'est mettre le pied sur un terrain vierge et en faire sortir une idée féconde.

Aussi bien, les vices congénitaux ne sont pas des raretés ; si quelques-unes de leurs formes sont exceptionnelles, c'est une raison, non pour les oublier, mais au contraire pour les rapprocher des autres et en tirer, si faire se peut, quelque lumière. Voilà pourquoi nous revenons sur l'ainhüm et les amputations spontanées.

A la critique de M. E. Rochard (*Union méd.*, 25 octobre), le docteur Pineau répond dans les termes suivants :

« C'est en avril dernier que je communiquai à la Société de médecine de Paris l'observation que je crus pouvoir intituler *Ainhüm*, d'après les descriptions du docteur Guyot. Ce faisant, je ne voulais qu'apporter un fait de plus à l'étude qui se poursuit en ce moment ; et, si, en finissant, je me suis permis une hypothèse, c'est avec toutes sortes de réserves, et disant « combien cette théorie me satisfaisait peu moi-même ». Encore n'ai-je parlé de microbes que parce que l'assimilation de l'ainhüm à la lèpre dactylienne a été proposée.

« Dans sa critique aussi savante que parlementaire, M. E. Rochard s'efforce de ranger mon cas dans les amputations congénitales, à l'exclusion de l'ainhüm ; aussi, dans les traits qu'il en relève, parle-t-il de tronçons de doigts, de phalanges rudimentaires et de syndactylie, mais semble-t-il ne pas avoir remarqué les sillons caractéristiques, en *bague*, qui étranglent le médius et l'annulaire droits, et l'orteil médian gauche.

« L'arrêt du processus à la naissance est-il vraiment définitif ? La chute du bourgeon phalangien de l'annulaire, seulement au bout de quinze jours de la vie extra-utérine, ne semble-t-elle pas impliquer la nécessité d'une striction progressive, et, de ce que ces sillons ne m'ont pas paru, à quinze mois de la naissance, s'être creusés plus profondément, s'ensuit-il que dans l'avenir tout retour offensif du côté de ces sillons soit impossible ?

« M. E. Rochard réserve le nom d'ainhüm à ce processus quand il n'atteint que le petit orteil, survient après la naissance et affecte la race noire. Mais restreindre à l'extrême ne présente-t-il pas autant de dangers que de trop généraliser ? Il doit y avoir, entre l'ainhüm et les amputations congénitales, une relation dans la *cause*, comme il y en a une dans le *procédé* ; et l'on trouvera plus facilement ce chaînon intermédiaire en rapprochant les deux affections qu'en les séparant avec trop de rigueur.

« Dans l'ainhüm, M. E. Rochard voit une affection purement « chirurgicale ». La circonscription étroite d'une lésion, sa physionomie toujours la

même, ne sont cependant pas les sûrs garants d'une origine locale : exemple, le mal perforant. Et pensât-on à rattacher l'ainhüm à la sclérodermie, aux chéloïdes, — opinion à laquelle je ne serais pas éloigné de me ranger, — on ne peut s'empêcher de reconnaître aux chéloïdes et à la sclérodermie elles-mêmes une cause générale, diathésique.

« Bien que je tende, gagné à demi par la critique du docteur E. Rochard et par l'étude de M. Charpentier sur un cas de pachydermie (*Union médicale*, 25 et 30 septembre), à moins croire à la nature infectieuse de l'ainhüm, cependant refusera-t-on à la syphilis, — à ma époque pourtant bien éloignée de l'infection initiale, — de produire des rétrécissements fibreux, de même circulaires, progressifs et en quelque sorte *monocordes* du rectum et de l'œsophage? Bien plus, et ce sera ma parade de la botte finale que m'a portée le docteur E. Rochard, l'idée de rechercher « le microbe du genu valgum et du pied-bot » ne me semble pas déjà si osée, aujourd'hui qu'on connaît les ravages articulaires du virus syphilitique acquis ou héréditaire, non moins que les arthrites, la plupart du temps suppurées et destructives, des maladies infectieuses. »

Nous n'avons pas qualité pour émettre un jugement dans ce débat. Mais *a priori*, et microbe à part, nous aimons mieux rapprocher les faits que les disjoindre. Il faut bien se demander où l'on veut en venir, quand on établit des catégories dans les faits cliniques. Voulez-vous dire que les amputations spontanées, quand elles surviennent chez l'adulte, ne sont pas congénitales? Nous sommes d'accord, et M. de la Palisse est avec nous. Voulez-vous dire que l'âge où elles apparaissent leur impriment certains caractères particuliers ? Voilà qui est mieux ; mais il s'agit là d'un fait accessoire. Parlez-vous enfin de la nature du mal ? L'âge d'élection peut servir d'argument secondaire après beaucoup d'autres, mais il ne tranche pas la question par lui-même.

L'ainhüm n'est pas congénital, c'est-à-dire qu'il vous plaît de nommer ainsi l'amputation spontanée quand elle n'est pas congénitale. L'ainhüm atteint le petit orteil et affecte la race noire, c'est-à-dire qu'il vous plaît de nommer ainsi l'amputation spontanée du petit orteil chez les nègres. Mais on a vu les mêmes lésions à d'autres orteils et dans d'autres races. Qui m'empêche de vous répondre que l'amputation congénitale est l'ainhüm des nouveau-nés, l'ainhüm du second ou du troisième orteil, l'ainhüm de la race blanche ?

Il y a quelques années, nous faisions des efforts surhumains pour établir l'identité de nature entre deux formes cliniques différentes : la septicémie et la pyohémie. « Comment ne voyez-vous pas, nous disait-on, les trois caractères qui distinguent l'infection purulente : les grands frissons, les abcès métastatiques, la mort presque certaine »? Et vite on s'esquivait sans nous laisser le temps de répondre, ce qui était bien facile : « Pourquoi vous plaît-il de nommer la septicémie infection purulente quand le frisson est violent, quand il y a des embolies putrides, quand la maladie est mortelle? Aucun de ces faits ne tranche la question de nature. Définir arbitrairement la pyohémie par certains caractères, puis affirmer que la septicémie est autre parce qu'elle ne les a pas, c'est se donner raison à bon marché. Au lieu d'insister sur des différences d'ordre secondaire que nous connaissons très bien, vous gagnerez plus à rapprocher dans vos études les diverses formes de l'empoisonnement septique. »

Nous n'avons garde d'appliquer les mêmes arguments, dans leur rigueur, à la question de l'ainhüm et à l'opinion de M. E. Rochard; ce serait passer les bornes de notre compétence. Nous donnons les réflexions qui précèdent comme elles sont venues sous notre plume, mais nous savons qu'en dehors de l'observation directe, les plus beaux raisonnements ne valent rien.

L.-G. R.

L'électricité animale et l'électrothérapie.

SOMMAIRE : De 1786 à 1883. — Galvani et Volta, Dubois-Reymond, Hartmann et nos contemporains. — Courant musculaire et courant nerveux. — Les courants électriques et les mouvements du cœur. — Les courants électriques et l'action de la lumière sur la rétine. — Différences entre l'électricité animale et l'action des aimants.

A une époque où l'électricité devient la force universelle et remplit un si grand rôle dans la science, il ne faut pas oublier que l'électro-physiologie a été l'origine de toutes ces merveilles. Dans une récente conférence, un professeur de l'Université de Glascow et de l'Institut royal de Londres, Mc-Kendrick, le rappelait aux membres de l'*Association anglaise pour l'avancement des sciences*, réunis en Congrès annuel à Southport. Il montrait ainsi, au moment où les recherches physiologiques sont l'objet d'une croisade violente, qu'une expérience de vivisection a été le point de départ de nos connaissances en électricité.

L'électricité animale, c'est-à-dire les phénomènes électriques des tissus vivants, était en cause dans les premières expériences de Galvani. Il avait vu, au voisinage d'une machine électrique à frottement, les pattes d'une grenouille se contracter et cette observation l'avait mis sur la voie expérimentale qui fut depuis si féconde. Voulant alors connaître les effets de l'électricité atmosphérique sur le tissu musculaire, il s'aperçut qu'un muscle entrait en contraction, quand le nerf qui l'anime et ses propres fibres sont en communication avec un arc métallique formé de métaux hétérogènes.

De cette expérience naquit l'hypothèse de nerfs conduisant et distribuant un fluide électrique du cerveau ou de la moelle dans les divers muscles et l'idée de comparer un de ces muscles à la bouteille de Leyde. La masse du muscle serait chargée d'électricité positive, sa surface, d'électricité négative, et toute contraction consécutive à une irritation serait le résultat de la communication établie entre les deux parties chargées d'électricité de nom contraire.

Volta mit en doute cette théorie des deux fluides. A son avis, les phénomènes observés par Galvani étaient dus à la production, au contact de métaux hétérogènes avec les tissus vivants, de courants électriques faibles, il est vrai, mais suffisants néanmoins pour expliquer les contractions musculaires observées par le professeur d'anatomie de l'Université de Bologne.

De ces discussions l'électrophysiologie ne retira alors aucun profit direct. En retour, elles eurent pour résultat immédiat la construction de la pile électrique. Les recherches sur l'électricité animale ne devaient être reprises que plus tard et avec un appareil instrumental perfectionné.

En 1820, Œrsted découvrait l'électromagnétisme; Ampère observait les phénomènes de l'aiguille astatique; Sweigger inventait le galvanomètre multiplicateur. En 1827, Nobili construisait un galvanomètre plus sensible, et pouvait approfondir la question de l'électricité dans les tissus animaux. Telles sont les grandes étapes parcourues dans l'espace de soixante années : l'appareil instrumental était trouvé.

Nobili admettait l'existence de ces courants dans les tissus vivants et les considérait comme des phénomènes thermo-électriques. Dix ans plus tard, Matteucci, poursuivant cette étude, démontrait la production de ces courants en l'absence de toute réaction chimique et de toute action thermo-électrique. La masse du muscle était chargée d'électricité positive par rapport à la surface, qui l'était négativement. Avec un assemblage de cuisses de grenouilles récemment tuées, il construisait une batterie galvanique dont les actions chimiques étaient comparables aux effets produits par les couples d'une pile voltaïque.

Quelques années plus tard, l'histoire de l'électricité animale entrait dans une phase nouvelle par les travaux de Dubois-Reymond. S'apercevant que la délicatesse des appareils joue un grand rôle dans la recherche de ces courants électriques, d'ailleurs très faibles en intensité, le professeur de

l'Université de Berlin s'efforça de rendre le galvanomètre plus sensible. Il chercha à déterminer les conditions expérimentales les plus favorables pour recueillir les courants produits et les introduire dans le circuit du galvanomètre. Dans des recherches de ce genre et avec des instruments aussi délicats, il faut éviter l'intervention des courants électriques autres que ceux des tissus vivants, et, en particulier, de ces courants qui ont pour origine le contact d'électrodes métalliques avec la surface du muscle.

L'emploi d'électrodes non polarisables, même au contact des muscles, réalise cette condition et prévient l'introduction dans le galvanomètre d'autres courants que le courant musculaire. Des auges de zinc remplies d'une solution saturée de sulfate de même base et dans lesquelles plongeaient des bandelettes de papier imbibées de la solution et recouvertes d'autres fragments de papier buvard humectés de salive, étaient mises en rapport entre elles et avec le galvanomètre de façon à former un circuit. A ce moment aucun courant n'était produit et l'aiguille du galvanomètre conservait son orientation. Quand l'une d'elles était au contact de la section d'un muscle et l'autre avec sa surface extérieure, un courant traversait le galvanomètre, dont les aiguilles subissaient une déviation.

C'est alors qu'on put constater, d'une part, l'absence de courant, quand les deux électrodes sont en rapport avec une même section transversale du muscle ou avec la même surface, et d'autre part son existence manifeste, dès que l'une des électrodes touche la section, l'autre demeurant au contact de la surface extérieure. Tel est le courant musculaire.

Un autre courant est obtenu au contact du nerf ; mais le courant nerveux possède une moindre intensité. De plus, vient-on à provoquer une contraction musculaire analogue à la contraction normale, le courant musculaire perd de son intensité, et l'aiguille du galvanomètre revient en arrière vers le zéro. Cette déviation rétrograde reçut le nom de *variation négative :* elle indique un changement dans l'état électrique du muscle au moment où il entre en contraction. Enfin, dans des expériences encore plus délicates, on constata que ces changements de l'état électrique précèdent la contraction musculaire.

Par la méthode de compensation de Pogendorff, c'est-à-dire par le passage à travers le galvanomètre de la fraction du courant produit par un élément de Daniell et dirigé en sens inverse, on mesure l'étendue de ce changement C'est ainsi qu'on a déterminé la force électromotrice du courant d'un muscle de grenouille et qu'on l'a évaluée à un huitième de volt. A l'aide de ce procédé on a pu mesurer aussi la force électromotrice d'un nerf, et constater qu'elle est un peu moindre.

Ces résultats sont l'origine de discussions aujourd'hui encore ouvertes. On s'est demandé si c'étaient bien là des courants d'électricité animale. Avec Hartmann (de Zurich), beaucoup de physiologistes placent l'origine des courants observés après la lésion d'un muscle ou d'un nerf dans des altérations chimiques des tissus, altérations consécutives à la suspension de la vitalité dans la substance musculaire ou nerveuse avoisinant la section. Alors la *variation négative* n'est plus l'indice d'une activité fonctionnelle. En d'autres termes, n'est-il pas possible qu'en perdant ses activités vitales, ce tissu vivant détruit par la section ait un moindre potentiel ? Ce serait donc là l'origine du courant. De plus, en supposant qu'un muscle vivant ne donne pas de courant, si on l'excite et qu'on provoque sa contraction par l'irritation du nerf qui l'anime, ne diminue-t-on pas encore son potentiel au niveau de la terminaison des fibres nerveuses ? On donne donc encore lieu à la variation négative. Enfin, il est admis que cette variation négative traverse les muscles, pour ainsi dire, comme une ondulation, et que la disparition de cette ondulation précède la contraction musculaire.

Puisque ces changements électriques se manifestent dans un muscle ou dans un nerf en activité, les physiologistes essayèrent de les étudier pen-

dant les contractions du cœur. Sur cet organe détaché du corps de la grenouille et encore vivant, on a cherché si chaque battement était accompagné d'une variation de l'état électrique. Quelle a donc été la réponse de l'observation expérimentale? En l'absence de toute lésion, l'aiguille du galvanomètre reste immobile : il n'existe donc pas de courant. Mais si la surface de l'organe est le siège d'un traumatisme léger, on constatera à chaque battement une déviation de l'aiguille, indice d'une modification de l'état électrique.

De même encore, l'action d'un rayon lumineux sur le fond de l'œil modifie l'état électrique de cet organe. En introduisant l'œil d'une grenouille dans le circuit d'un galvanomètre, la déviation de l'aiguille aimantée fait reconnaître l'existence d'un courant dirigé de la cornée vers le fond de l'œil. Le passage dans un milieu demi-obscur ne change ni le sens ni l'intensité de ce courant, à moins que les tissus de l'œil ne perdent de leur humidité normale. Par contre, si l'on fait tomber sur l'œil un rayon lumineux, on constate, à ce moment, l'augmentation de l'intensité du courant; mais, en continuant l'expérience, le courant ne tarde pas à s'affaiblir. Au moment où l'on éloigne le rayon lumineux, le courant augmente de nouveau; puis, cette augmentation est suivie de sa soudaine disparition. Ces phénomènes, que Holmgren, Dewar et Mc-Kendrick ont étudiés, démontrent l'influence spéciale de la lumière sur la rétine. Ils n'indiquent pas une variation négative, mais plutôt des changements chimiques dans la rétine.

On peut aussi constater sur l'homme l'existence de courants semblables : chaque main est placée dans une auge de vulcanite remplie d'une faible solution saline et communiquant avec un galvanomètre par des électrodes de platine. Au moment où les muscles des bras se contracteront, on constatera la déviation de l'aiguille aimantée. Les deux bras sont-ils au repos, aucun courant n'est révélé; l'aiguille reste immobile; mais, qu'un seul des membres exécute un mouvement, la déviation sera immédiate. Ces courants électriques, d'après M. Mc-Kendrick, ne sont pas des courants musculaires, ils ont pour cause une différence dans les contacts; ils sont donc d'origine cutanée.

En résumé, tous ces changements dans l'état électrique des tissus vivants témoignent de modifications des activités fonctionnelles sous l'influence d'excitations. Mais qu'ils siègent dans les muscles ou les nerfs, ils ne sont pas l'expression d'une fonction spéciale, chargée de produire de l'électricité sous l'influence d'un stimulus; ils indiquent seulement des changements chimiques dans les tissus vivants. Dans le travail mécanique du muscle, par exemple, la contraction de ses fibres est un mouvement suivi ou précédé de réactions chimiques, ayant pour conséquence la production de chaleur et, par conséquent, des différences du potentiel.

Certains poissons et peut-être aussi quelques autres animaux possèdent seuls des organes générateurs d'électricité. Ici la production de cette dernière devient une fonction, tandis que chez l'homme elle n'est qu'un phénomène accidentel, dénonciateur de réactions chimiques, mais ne possédant pas d'autre signification. Faibles, passagers, ces courants n'ont aucun rapport de cause à effet avec les activités vitales. C'est là un des motifs de rejeter avec M. Mc-Kendrick toutes les hypothèses qui attribuent aux aimants une action modificatrice quelconque sur les activités fonctionnelles des organes vivants. Malgré la puissance des aimants qu'il employait dans ses expériences, ce savant a toujours constaté leur complète impuissance sur ces phénomènes.

C'est donc bien à tort qu'on confond l'électricité animale avec le magnétisme animal. Celui-ci, qui n'est que l'expression d'un état particulier du système nerveux, n'a rien de commun avec l'électricité animale ni avec les aimants. D'ailleurs, — est-il besoin de le répéter? — bien souvent il faut en chercher l'origine dans les mains audacieuses et l'imposture des charlatans.

L'électrothérapie doit tenir compte de ces faits, bien qu'elle n'ait pas trouvé dans leur étude tous les profits qu'on était en droit d'attendre des mémorables expériences de Galvani et de Volta. Les phénomènes précédents seront peut-être le point de départ de nouvelles études, mais, dès à présent, caractérisent l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet. A ce titre, la conférence de Mc-Kendrick présentait un réel intérêt. — C. L. D.

BIBLIOTHÈQUE

Les égouts de Rio-Janeiro et leur influence sur la santé publique,
Par le docteur Pirès Farinha. — 1883, Rio-Janeiro. — Imprimerie nationale.

Voici une brochure qui, pour venir d'au delà des mers, n'en est pas moins utile à lire pour les hygiénistes européens. Ils y trouveront à apprendre et reconnaîtront que les questions de salubrité publique sont explorées avec succès dans l'empire du Brésil par des médecins de la valeur de M. Pirès-Farinha.

Le système actuel des égouts de Rio-Janeiro date de 1859 et consiste dans une canalisation spéciale pour les eaux ménagères et les matières de vidanges, en un mot pour tous les liquides des habitations, et dans une autre canalisation destinée à évacuer les eaux pluviales. Un système de lavage permet le nettoyage des galeries, et des usines de désinfection traitent les produits qui proviennent des égouts du premier réseau.

Ce système a-t-il rendu tous les services qu'on était en droit d'attendre? Il suffit de parcourir les statistiques que publie notre distingué confrère brésilien pour assurer que l'augmentation de la mortalité se constate d'une année à l'autre. Il est vrai que les autres conditions hygiéniques de la ville ne s'améliorent pas, à cause de l'encombrement des immigrants, de l'insalubrité des habitations et du grand nombre des indigents.

Ecrite avec franchise, la brochure de M. Farinha se termine par des conseils pratiques qui font honneur à la sagacité de l'auteur. De tels travaux exigent des études patientes et une persévérante science. Leur renommée mérite donc de franchir l'Atlantique et de trouver un écho en Europe, où elle témoigne de l'esprit réellement scientifique qui anime les médecins du Brésil, dont M. Farinha est un des plus distingués.

Ch. Eloy.

Les déviations de la cloison nasale, par le docteur Lœwenberg. — Paris, Delahaye, 1883.

Ce mémoire a pour objet d'exposer les difficultés que les déviations de la cloison nasale apportent au cathétérisme de la trompe d'Eustache et de faire connaître les moyens d'y remédier. Ces déviations sont horizontales et règnent sur la lame perpendiculaire de l'ethmoïde ou bien sur la partie inférieure de la cloison, à l'union du vomer avec les apophyses palatines des maxillaires. Sont-elles verticales ? elles intéresseront la totalité de la cloison. D'ailleurs, quelle que soit la variété de forme de ces anomalies, elles font obstacle au cathétérisme. Celui-ci doit être pratiqué à l'aide d'un *speculum nasi*, qui permet de pratiquer la rhinoscopie antérieure, et au moyen d'un cathéter. M. Lœwenberg, par la description de la méthode qu'il suit dans les cas difficiles, appuie ses conclusions sur des recherches et une expérience cliniques qui leur donnent une incontestable valeur. — L. D.

Traitement rationnel, curatif et prophylactique de la fièvre jaune,
Par M. le docteur Chabassu, médecin principal de la marine en retraite. — 1883, Brest.

Pendant sa longue et honorable carrière, M. le docteur Chabassu a beaucoup voyagé sous les tropiques et a été témoin de trois épidémies de fièvre jaune. Il a donc quelque droit à parler de cette maladie avec l'autorité de l'expérience. *Experto crede Roberto*, dit le proverbe; il faut donc parcourir la brochure de M. Chabassu et, si on n'y trouve pas une théorie absolument nouvelle de l'origine miasmatique de la maladie, on y trouve tout au moins des aperçus cliniques et des préceptes que donne une longue expérience.

Tenant compte de cette étiologie, l'auteur recommande dans le traitement de favoriser les sécrétions dans le but de faciliter l'élimination de l'agent toxique. A cette indication causale s'ajoutent d'autres indications symptomatiques : les toniques contre l'adynamie, les émissions sanguines contre les congestions, etc., etc. Certes, sans partager toujours la manière de voir de M. Chabassu, il faut convenir qu'écrite avec conviction, cette brochure obtient du lecteur, sinon une adhésion à toutes les doctrines qu'elle exprime, du moins une estime entière pour l'auteur. C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 novembre 1883. — Présidence de M. HARDY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE :

La correspondance non officielle comprend : 1° Une note de M. le docteur Mando (de Limoges), sur l'emploi rationnel du chlorate de potasse dans les angines diphthéritiques ; 2° divers documents sur la préservation des maladies infectieuses par le cuivre, adressés par M. Durcy.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture d'une lettre de M. Rochard qui remercie l'Académie des témoignages d'intérêt et d'affection qu'elle lui a donnés à l'occasion de l'accident dont il a été victime.

M. Jules GUÉRIN présente, au nom de M. le docteur Liéger (de Choisy-le-Roi), une brochure sur la *diathèse hémorrhagique.*

M. ROGER offre, en hommage, de la part de M. Descroizilles, médecin de l'hôpital des enfants, un volume ayant pour titre : *Manuel de pathologie et de clinique infantiles.*

—

M. HERVIEUX fait une communication sur la *pathogénie des accouchements prématurés.* Il a fait le dépouillement des accouchements accomplis à la Maternité du 1er janvier 1861 au 31 décembre 1872. Il s'y est fait dans cet espace de temps 16,173 accouchements. Tel est le chiffre considérable sur lequel sont basées les recherches de M. Hervieux, relativement à la pathogénie des accouchements prématurés.

C'est généralement au troisième ou au quatrième mois de la grossesse que les accouchements prématurés s'observent le plus fréquemment. Mme Lachapelle indique six mois; mais l'erreur de Mme Lachapelle s'explique par ce fait qu'elle a fait porter ses recherches uniquement sur les femmes conduites à la Maternité; or, on sait que ces femmes n'entrent généralement à la Maternité que vers la fin de la grossesse, c'est-à-dire vers le sixième mois. M. Jacquemin admet que c'est vers le milieu de la grossesse que s'observent le plus fréquemment les accouchements prématurés. M. Guéniot, dans un travail sur la fréquence de ces accouchements prématurés, donne une statistique dans laquelle ces accouchements s'observent dans la moitié des cas. C'est là une proportion exceptionnellement considérable.

Sur les 16,173 accouchements accomplis à la Maternité de 1861 à 1882, il y en a eu 5236 avant terme, soit environ 32 p. 100, tandis que la moyenne a été, pour les six premières années de 33,96 p. 100, elle a été seulement de 27,50 p. 100 dans les six dernières années. Quelles sont les causes de ces différences?

On a invoqué la misère physiologique. la misère morale. Si ces causes, dont on ne saurait nier l'influence, étaient les seules qu'il fallût invoquer, on devrait avoir des chiffres d'autant plus élevés dans le nombre des accouchements prématurés, que l'on aurait affaire à des années moins prospères. L'action de ces causes aurait donc dû se faire sentir d'une façon toute particulière pendant les années 1870 et 1871. Or le nombre des accouchements prématurés observés pendant ces deux années, correspond au chiffre minimum, il est de 17 à 21 p. 100. Les chiffres maxima correspondent au contraire aux années les plus prospères. On ne saurait donc attribuer à la misère physiologique ni à la misère morale l'augmentation du nombre des accouchements prématurés.

On a fait intervenir les vicissitudes atmosphériques pour expliquer les différences observées dans le nombre des accouchements prématurés. Mais comment pourrait-on expliquer par cette cause les différences observées entre les six premières années et les six dernières.

On a également invoqué les constitutions médicales; mais comment se fait-il que celles-ci exercent leur influence sur l'hôpital Cochin, par exemple, sans se faire sentir sur la Maternité et réciproquement? Il n'y a pas de constitutions médicales vraies, il y a des pseudo-constitutions médicales.

Il est tout un ordre de causes sur lequel veut particulièrement insister M. Hervieux ; c'est le suivant :

Les vétérinaires ont remarqué que lorsqu'une vache avorte dans une étable, d'au-

tres vaches avortent comme s'il y avait une sorte de contagion. M. Hervieux passe en revue les différentes explications qui ont été données de ces avortements épidémiques dans les étables, puis, rapprochant ces faits de ceux qu'il a constatés à la Maternité, il arrive à cette conclusion que c'est dans l'état sanitaire de la Maternité qu'il faut chercher les causes des différences observées dans le nombre des accouchements prématurés.

Comparant, en effet, la courbe indiquant la progression croissante pendant les six premières années, décroissante pendant les six dernières, des accouchements prématurés, avec la courbe de la mortalité, on voit que c'est dans les années où le fléau puerpéral a le plus sévi, que le nombre des accouchements prématurés a été le plus considérable. Toutefois, alors qu'à partir de 1864 la courbe de la mortalité indique une notable décroissance, la courbe des accouchements prématurés continue à s'élever jusqu'en 1867. Pourquoi cette différence? C'est parce que, dans la courbe de la mortalité on ne tient compte que de la mortalité des femmes, tandis que si l'on observe celle qui se passe pour les enfants, on voit que la mortalité infantile continue à être considérable de 1864 à 1867. On sait, en effet, que le fléau puerpéral tantôt agit à la fois sur la mère et le fœtus, tantôt seulement sur la mère, tantôt seulement sur le fœtus.

M. Hervieux accorde également une grande importance à l'influence du séjour à l'hôpital sur le chiffre des accouchements prématurés. Plus une femme enceinte séjourne dans un milieu infecté, plus elle a de chances d'accoucher avant terme; moins une femme enceinte séjourne dans un milieu injecté, moins elle a de chances d'accoucher avant terme.

Voici les conséquences théoriques que M. Hervieux tire de ce mémoire.

Il est une doctrine extrêmement séduisante que Cruveilher avait soutenue avec son talent habituel dans la discussion académique de 1858 sur la fièvre puerpérale, cette doctrine c'est celle du traumatisme puerpéral. Cruveilhier avait le premier comparé la surface utérine après la délivrance à une plaie d'amputation. C'est sur cette comparaison que repose la théorie qui fait dépendre de ce traumatisme physiologique les accidents généraux et locaux auxquels sont exposées les femmes en couches.

On savait depuis longtemps qu'un certain nombre de femmes enceintes sont susceptibles de contracter une septicémie puerpérale qui tantôt se borne à provoquer l'accouchement avant terme et tantôt se développe avec tous ses caractères après l'expulsion prématurée du fœtus. Mais ces faits, si connus, si indiscutables qu'ils fussent, étaient considérés comme des exceptions. Aujourd'hui, nous savons, grâce à la statistique que j'ai établie, que les prétendus faits isolés ou négatifs se chiffrent par millions. Le traumatisme puerpéral n'est donc point la condition obligée, indispensable, du développement de la septicémie puerpérale. Ce peut être une condition favorable, prédisposante, occasionnelle, d'accord; mais nécessaire, *sine quâ non*, nullement.

Une autre conséquence théorique de notre travail, c'est qu'il démontre victorieusement que la plaie placentaire n'est pas la porte d'entrée du poison puerpéral, ou tout au moins ne serait pas la seule voie par laquelle il pénètre.

Chez la femme enceinte, la cavité utérine est close, et par conséquent, il n'y a pas de surface interne comparable à une plaie, pas de bouches vasculaires béantes et par suite aucun point accessible au principe septique. Une large voie existe pour expliquer l'absorption de ce principe, c'est la voie respiratoire. Or, si tel est le mode d'introduction du poison, l'empreinte placentaire se trouve dépossédée au moins en partie du privilège de faire pénétrer l'agent toxique dans l'économie.

Faut-il admettre pour la femme enceinte, comme MM. Frank de Munich et Roloff pour les femelles de l'espèce bovine en état de gestation, que des bactéries peuvent s'introduire dans l'utérus, s'y développer, s'y multiplier et amener la décomposition de l'œuf et de ses membranes? J'ai toujours défendu l'idée d'une cause matérielle pour les maladies puerpérales, et par conséquent je suis d'avance acquis à la théorie des germes. Mais cette théorie est-elle applicable, telle que l'a conçue et formulée M. Pasteur, à la septicémie des femmes enceintes? Je pense, avec M. Bouley, qui est parmi nous le représentant des idées de M. Pasteur, qu'il y a lieu de réserver la question de la théorie microbienne, en tant qu'elle s'appliquerait à la septicémie puerpérale, jusqu'à ce qu'elle soit tranchée soit par l'expérimentation, soit par des observations cliniques ultérieures.

En conséquence, je m'en tiendrai là de cet exposé et le terminerai par deux conclusions pratiques :

En temps d'épidémie, toute maternité doit être fermée aux femmes enceintes.

Hors le temps d'épidémie, les femmes enceintes ne doivent être admises dans une maternité qu'autant qu'elles sont aussi rapprochées que possible du terme de l'accoument.

M. Bouchardat lit un travail intitulé : *Études sur la genèse des parasites des maladies contagieuses*.

Dans la séance du 4 septembre, M. Bouchardat a commencé l'exposition de ses études sur la genèse des parasites des maladies contagieuses par celui de la tuberculose; il se propose dans ce travail de discuter l'étiologie du typhus fever. Avant de le faire, il émet quelques considérations générales sur ce sujet, et il résume sa dissertation dans les termes suivants :

De cette discussion et des observations médicales sur lesquelles elle repose, je me crois en droit de conclure :

1° Que le parasite du typhus feber n'existe point partout;

2° Qu'il prend naissance par la transformation d'organites normaux, suite de l'exténuation provenant de la continuité de la famine ou de la continuité des affections typhogènes;

3° Que le parasite, en évoluant des corps des affamés ou des malades atteints d'affections typhogènes, est à son maximum de puissance; qu'il ne se propage pas à distance; qu'il est dangereux pour ceux qui s'approchent d'un malade atteint de typhus de genèse; que le danger s'accroît avec le nombre des malades encombrés;

4° Que le parasite se modifie dans sa nocuité, dans son mode d'action sur l'économie humaine par une suite de transmissions, puis qu'il s'éteint définitivement.

L'efficacité des prescriptions hygiéniques qui s'appuient sur les conclusions précédentes est confirmée par d'unanimes observations.

On doit éviter par dessus tout d'encombrer les malades victimes de la famine ou atteints d'affections typhiques.

La dispersion des foyers est d'urgente nécessité. Les médecins, les sœurs, les infirmiers doivent prendre les plus grandes précautions contre le danger que fait courir aussi bien pendant le jour que pendant les heures de sommeil le parasite de genèse.

Un des devoirs les plus impérieux d'un gouvernement, c'est de prévenir la famine dans toutes les légions qu'il administre, s'il veut éviter la genèse du typhus. L'Angleterre, qui n'a reculé devant aucun sacrifice pour détruire l'esclavage, fera les mêmes efforts pour prévoir et prévenir les famines de l'Irlande, qui contribuent par leurs fréquents retours à y rendre le typhus endémique.

Dès qu'un médecin d'armée verra dans un siège, dans une campagne se multiplier les affections typhogènes, il devra annoncer l'évolution probable du typhus et si cela est possible le rapatriement des troupes épuisées.

Si l'hygiène du typhus a une marche assurée, quand elle s'appuie sur les notions que la clinique nous a fournies sur la genèse et la propagation du parasite, aucune indication utile ne ressort de l'hypothèse que ce parasite existe partout. Tout est caché, obscur avec cette hypothèse, tout s'explique facilement en admettant les conditions de sa genèse et de sa propagation d'après l'observation des malades, et de la connaissance de ces causes découle une hygiène irréprochable.

— La séance est levée à cinq heures.

Société française d'Otologie et de Laryngologie.

Séance du 19 octobre.

Après avoir donné lecture de la liste des membres honoraires et correspondants, parmi lesquels nous citerons Trœltsch, Politzer, Gruber, Moos, Voltolini, Tobold, Schrœtter, Stœrk, Solis-Cohen, etc., le secrétaire présente, au nom du Dr Schiffers, de Liège, les deux fragments de l'un des aryténoïdes provenant d'un malade atteint de fièvre typhoïde.

M. le Dr Delie, d'Ypres, lit ensuite un mémoire sur le *hoquet et le spasme pharingo-laryngé*; l'auteur conclut que le hoquet résulte d'une irritation directe ou réflexe du spinal et se traduit par un spasme de tous les muscles innervés par ce nerf lui-même ou par des anastomoses.

M. le Dr Menière donne communication d'une observation de *rhumastime ayant débuté par l'oreille*. Le malade accusait des douleurs vives de l'oreille ; quatre jours après, il était atteint d'un rhumatisme articulaire aigu qui avait envahi les épaules et les coudes.

M. le Dr Baratoux cite un cas d'*otite externe compliquée d'œdème de la région mastoïdienne* gauche, qui au bout de quelques jours disparut pour se porter du côté droit. En même temps le malade fut pris de rhumatisme de l'articulation coxo-fémorale et des articulations des orteils du même côté.

M. le Dr Gellé a vu également une *attaque de goutte* débuter par du vertige et de la surdité.

M. le Dr Blanc, de Lyon, lit deux observations de *kystes* du *larynx* opérés par la méthode galvanocaustique. L'un de ces kystes était congénital; il a en outre présenté une complication curieuse de scarlatine qui passa d'abord inaperçue, les préoccupations des médecins étant portées sur les suites de l'opération.

M. le Dr Baratoux rapporte un *cas de blessure d'un cornet inférieur hypertrophié,* de déchirure de la muqueuse de la voute pharyngienne et de destruction de la partie supérieure du bord postérieur de la cloison avec hémorrhagie grave chez un malade opéré pour de prétendues *tumeurs adénoïdes.* Il conseille l'emploi préalable de la rhinoscopie postérieure et l'usage du galvano cautère comme mode de traitement.

M. le Dr Moure fait part d'un cas de *fracture probable des osselets de l'ouïe par violence indirecte.* A l'examen on pouvait voir à travers le tympan à l'union de l'enclume et du marteau une saillie osseuse semblant indiquer une soudure de ces osselets chez un homme qui avait été tamponné par un wagon.

M. Gellé donne lecture d'une étude sur l'*angine chronique rhumatismale* et sur l'aspect particulier du pharynx dans cet état.

M. le Dr Moura relate une observation d'une personne qui s'étant coupé le cou en voulant se suicider, lui permit de voir que conformément à l'opinion admise *sur le mécanisme de la déglutition,* l'épiglotte s'applique par ses bords contre la paroi postérieure du pharynx ainsi que les replis aryténo-épiglottiques pour former un canal pharyngo-épiglottique et vestibulaire dans lequel s'engagent les aliments.

Une séance supplémentaire aura lieu le 20 décembre 1883.

Le Secrétaire, J. Baratoux.

JOURNAL DES JOURNAUX

De l'action de la strychnine sur la dilatation cardiaque, par le docteur Maragliano. — Un certain nombre de malades affectés de dilatation cardiaque ont été traités par la strychnine avec de bons résultats.

Lors du premier examen, le docteur Maragliano délimite soigneusement le cœur et compare au bout de quelques jours de traitement.

Après l'administration interne de la strychnine pendant un jour ou deux, on peut déjà observer une diminution de l'aire de la matité et, après cinq ou six jours, la diminution est assez marquée pour permettre une nouvelle délimitation avec le crayon.

Si on suspend le traitement au bout de quelques jours, la légère modification qui s'était produite disparaît rapidement, dans la majorité des cas, et pour que le résultat obtenu soit durable, il est nécessaire d'administrer la strychnine pendant un certain temps sous la forme de sulfate, et à la dose de 2 à 3 milligrammes répétés trois fois par jour. (*Centralblatt f. d. Med. Wissenschrift;* 1883.) — L. Dn.

Du béribéri ou kak-ke des Japonais, par Scheube. — D'après Scheube, les grands symptômes de cette affection sont de quatre ordres différents :

1° Des paralysies motrices et sensitives affectant le plus souvent la forme paraplégique et associées à des atrophies musculaires;

2° Des lésions cardiaques variables comme siège, mais que viennent bientôt spécialiser et compliquer des phénomènes asystoliques résultant d'un affaiblissement relativement précoce de l'innervation du cœur;

3° La production d'une anasarque généralisée avec effusions séreuses;

4° Des signes d'insuffisance rénale.

L'auteur considère l'affection comme due à l'intervention d'un poison spécifique à action subaiguë, et agissant tout d'abord sur le système nerveux. Ici il se sépare de Wernich, qui rattache cette affection à une modification primitive du sang, modification comparable à celle de l'anémie pernicieuse.

Scheube attribue les altérations du fonctionnement cardiaque à l'action nocive directe du poison sur les nerfs vagues. (*Japanese kak-ke,* ou *beriberi,* par Scheube. — *Deutches Archiv. of klin. Med.*, XXXI, p. 141, 307, et XXXII, p. 83.) — L. Dn.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 22 au 28 octobre 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 932. — Fièvre typhoïde, 30. — Variole, 5. — Rougeole, 7. — Scarlatine, 0.

— Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 27. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 53. — Phthisie pulmonaire, 202. — Autres tuberculoses, 6. — Autres affections générales, 65. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 46. — Bronchites aiguës, 30.— Pneumonie, 50. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 45 ; au sein et mixte, 22 ; — inconnues, 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 89 ; circulatoire, 56 ; respiratoire, 57 ; digestif, 49 ; génito-urinaire, 30; de la peau et du tissu lamineux, 3 ; des os, articulat. et muscles, 7. — Morts violentes, 28. — Causes non classées, 3.

Résumé de la 44e semaine. — La mortalité parisienne se maintient au taux très peu élevé que nous remarquons depuis le mois de septembre. 932 décès seulement ont été notifiés au bureau de statistique au lieu de 942 qui avaient été signalés pendant la semaine précédente.

La comparaison des chiffres relevés cette semaine et de ceux de la semaine précédente fait ressortir les différences suivantes :

Une atténuation très notable de la Fièvre typhoïde (30 décès au lieu de 45) ; une atténuation peu importante de Diphtérie (27 décès au lieu de 31) et l'état stationnaire ou quasi stationnaire des autres maladies épidémiques, qui continuent à être très rares : Variole (5 décès dans chacune des deux dernières semaines), Rougeole (7 décès au lieu de 4), Coqueluche (10 décès au lieu de 11), Erysipèle (4 décès au lieu de 1), Affections puerpérales (5 décès au lieu de 1).

On doit surtout remarquer que la Fièvre typhoïde ne présente pas pendant l'automne actuelle la recrudescence qui lui est ordinaire pendant cette saison. Le XVe arrondissement a compté à lui seul 7 décès par Fièvre typhoïde pendant cette semaine. Ce n'est là, très vraisemblablement, que l'effet d'un hasard sans importance.

On remarque aussi que la Coqueluche, qui régnait depuis six mois à l'état épidémique, a conservé depuis quatre semaines une fréquence notablement moindre, quoique encore un peu élevée pour la saison.

Parmi les maladies saisonnières, la Bronchite (30 décès au lieu de 31 pendant la semaine dernière) et la Pneumonie (50 décès au lieu de 58) se maintiennent à un état à peu près stationnaire. L'Athrepsie (69 décès au lieu de 82) diminue de fréquence à mesure que nous entrons dans la saison froide.

On a notifié pendant cette semaine au service de statistique 405 mariages et 1,203 naissances (608 garçons et 595 filles) dont 881 légitimes et 322 illégitimes ; 59 parmi ces dernières ont été l'objet d'une reconnaissance immédiate par l'un des deux parents au moins.

Nous n'avons cette semaine que des renseignements incomplets en ce qui concerne les enfants mis en nourrice. La faute en revient aux mairies des IIe, Xe, XIIe et XIVe arrondissements qui, malgré nos avertissements, n'ont pas transmis leurs notices en temps utile.

Dr Jacques Bertillon,

Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

FORMULAIRE

Solution phéniquée pour inhalations. — Colvis.

Acide phénique . . . . 1 gramme.
Eau distillée . . . . 1000 —

Faites dissoudre. — Dans le cas de phthisie pulmonaire avec cavernes, on introduit, trois fois par jour, un tiers de verre de cette solution dans un pulvérisateur, et on recommande au malade d'aspirer largement l'eau pulvérisée, de façon à la faire pénétrer dans les bronches. — L'inflammation des voies respiratoires se calme, et l'expectoration devient plus facile. — N. G.

Collyre contre l'iritis. — Bartholow.

Sulfate de morphine. . . . . 0 gr 24 centigr.
Sulfate de zinc. . . . . 0 — 18 —
Sulfate d'atropine . . . . 0 — 12 —
Eau distillée . . . . 90 grammes.

F. s. a. un collyre, qu'on emploie en lotions sur les paupières, pour combattre les douleurs de l'iritis. — N. G.

COURRIER

Le travail de M. Dehenne sur la *rétinite périmaculaire*, paru dans notre dernier numéro, a été communiqué à la Société médico-pratique dans sa dernière séance.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par un arrêté ministériel, MM. les agrégés dont les noms suivent, sont chargés des cours auxiliaires ci-après désignés, pendant l'année scolaire 1883-1884 :

Pathologie interne : M. Landouzy;
Pathologie externe : M. Richelot;
Physiologie : M. Ch Richet;
Anatomie pathologique : M. Raymond;
Accouchements : M. Budin;
Physique : M. Gariel;
Chimie : M. Henninger;
Histoire naturelle : M. Raphaël Blanchard.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Séance du 10 novembre 1883.* — 1. M. Richelot : Rapport sur la candidature de M. Millot-Carpentier au titre de membre correspondant. — 2. M. Dubrisay : Rapport sur la candidature de M. Jacollot au titre de membre correspondant. — 3. M. Charpentier : Variole bénigne; injection sous-cutanée d'éther; paralysie du membre inférieur droit. — 4. Nomination de la commission du prix Duparcque pour 1885. — 5. Communications diverses.

CLINIQUE DES MALADIES DES FEMMES. — A l'Hôtel-Dieu, M. le docteur T. Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, reprendra son cours de *Clinique des maladies des femmes*, dans l'amphithéâtre Desault, le mardi 13 novembre 1883, à neuf heures du matin et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

Les jeudis. — Consultations avec examen au spéculum.

HÔPITAL DES ENFANTS. — Le docteur Jules Simon commencera ses leçons de thérapeutique infantile le mercredi 14 novembre, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Tous les samedis, consultation clinique.

NÉCROLOGIE. — Les journaux italiens annoncent la mort de M. le docteur Pietro Burressi, directeur de la Clinique médicale de Florence.

— Nous apprenons encore la mort d'un ancien assistant de la Clinique ophthalmologique de Padoue, M. le docteur Francesco Saverio Festieri ; il était âgé de 82 ans.

— La *Gazette médicale de Picardie* annonce la mort prématurée de M. le docteur Wable, décédé il y a quelques jours à Amiens.

— Sur la proposition de M. Denys Cochin, le conseil municipal de Paris a décidé d'urgence que le nom de Louis Thuillier serait donné à une rue de Paris, située dans le quartier Latin. — L'affaire a été renvoyée à la troisième commission pour la désignation de la rue.

CONCOURS DE L'INTERNAT DES HÔPITAUX DE LYON. — A la suite du dernier concours ont été nommés internes des hôpitaux de Lyon : MM. Blanc, Albertin, Mouisset, Honnorat, Fochier, Meurer, Charmeil, Reymond, Reil, Montagnon, Giraud, Pravaz.

Internes des hôpitaux de Saint-Etienne : MM. Favel, Vincent, Pellerin, Couturier, Tardieu, Zohrab.

Internes provisoires des hôpitaux de Lyon : MM. Bourgin, Douillet, Françon, Paret, Martin, Alombert-Goget, Croza, Sage.

M. Blanc, reçu premier, a reçu des mains de M. le président de l'Administration des hôpitaux le prix Bonnet.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Etiologie et nature du zona

Qu'est-ce que le zona? Quelle est la nature, quelle est l'origine de cette singulière affection? Quelle place doit-on lui assigner dans le cadre nosologique? Depuis trente ans que cette question a été posée, bien des travaux ont vu le jour, mais la solution définitive n'est pas encore venue. A la vérité, grâce aux recherches récentes, un grand fait semble acquis : depuis les travaux de Bœrensprung, de Charcot, de Wyss, confirmés récemment par ceux de Chandelux et de Lesser, tout le monde est d'accord pour reconnaître dans l'éruption zostérienne un trouble trophique cutané consécutif à l'irritation d'un ganglion rachidien. Mais quelle est la cause première, l'étiologie de cette irritation? Pour les zonas secondaires qui succèdent à un traumatisme nerveux, à une maladie du rachis ou de la moelle épinière, la réponse n'est pas difficile ; quant au zona spontané, qui est de beaucoup le plus commun, son origine nous échappe complètement : on a dû se borner jusqu'ici à invoquer l'action du froid, étiologie banale qui ne sert qu'à déguiser notre ignorance.

Mais voici qu'un fait nouveau se dégage de l'observation clinique : le zona spontané *ne récidive pas*, et cela, tous les auteurs contemporains, en Allemagne, en France et en Amérique, sont unanimes à l'attester. C'en est assez pour démontrer que le zona n'est pas une maladie *à frigore*, car de toutes les affections, celles qui sont dues à l'action du froid sont peut-être les plus sujettes à la récidive. Faut-il s'en tenir à cette conclusion? Non certes, et on va voir une fois de plus combien les problèmes pathologiques changent d'aspect quand on les examine à la lumière d'une idée générale nouvelle : la notion de la non-récidivité du zona, que tous les auteurs signalaient sans pouvoir en tirer aucune consé-

---

FEUILLETON

CAUSERIES

J'ai parlé, il y a longtemps déjà, de la médecine du public, et je n'abandonne pas ce sujet, sur lequel je reviendrai, car il est loin d'être épuisé. Les inventions et les préjugés du vulgaire dans les questions médicales sont utiles à connaître, et en les signalant, il n'est pas défendu de s'en divertir un peu, comme il y a lieu souvent.

Aujourd'hui je m'occuperai de la pharmacie du public, car le public cumule et s'attribue volontiers les deux diplômes : médecin quand il s'agit d'expliquer les maladies, il devient pharmacien quand il s'agit de les traiter, et son arsenal thérapeutique n'est pas moins riche que ses vues sur la pathologie, la physiologie et l'hygiène.

Si les remèdes auxquels il accorde sa confiance sont inoffensifs pour la plupart, il en est dont le maniement exigerait quelques précautions, ce qu'on ignore souvent, et ce qui devient une source d'accidents, parfois assez sérieux.

Les conquêtes de la chirurgie par la méthode de Lister et la diffusion des doctrines parasitaires ont fait naître dans le public une sympathie extraordinaire pour l'acide phénique, que l'on se représente comme foudroyant les microbes et neutralisant les miasmes par sa seule approche. Cette foi dans la vertu purifiante de l'acide phénique est tellement grande, que pour un peu les gens se dispenseraient de faire leur ménage et de nettoyer chez eux, convaincus que le phénol suffit à assurer la propreté et la salubrité du logis.

quence, va devenir, grâce aux découvertes contemporaines, la base d'une théorie étiologique toute nouvelle, dont ses adversaires même seront forcés de reconnaître l'ingéniosité et la vraisemblance.

D'après cette théorie, avancée pour la première fois par Erb, et dont M. Landouzy s'est fait récemment le brillant interprète, le zona ne serait autre chose que la manifestation locale d'une maladie *générale*, de cause extérieure, et disons le mot, *spécifique*. Voilà une idée qui soulèvera sans doute bien des colères : « Encore le microbe! » sera-t-on tenté de s'écrier. Laissons là le microbe pour le moment, et examinons la valeur des arguments sur lesquels s'appuie cette conception, assurément neuve et originale, de l'étiologie du zona.

Le zoster, avons-nous dit, ne récidive pas. Cette règle ne s'applique pas à toutes les éruptions zostériformes: ainsi le zona des ataxiques, celui qui succède aux affections chroniques du rachis ou aux traumatismes nerveux, est très capable de récidive; nous ne parlons ici que du zona dit spontané. Pour celui-ci la loi est formelle, au moins aussi formelle que pour les fièvres éruptives, car c'est à peine si on connaît quatre ou cinq exceptions. Il y en aurait bien davantage que cela ne détruirait point ce fait, aujourd'hui hors de doute : dans l'immense majorité des cas, on n'a le zona qu'une fois. Hardy, Besnier et Doyon en France, Kaposi en Allemagne, Dühring aux Etats-Unis sont d'accord pour le reconnaître.

Or, comment expliquer l'absence de récidive, l'unicité d'une maladie quelconque, sinon en admettant que cette maladie a créé une modalité particulière de l'organisme, qu'elle a donné ou retiré à la masse du sang un principe spécial, dont la présence ou l'absence s'oppose au développement renouvelé du même germe morbide. Cette interprétation, que les expériences si curieuses de M. Raulin sur l'*aspergillus* ont fait passer du domaine de l'hypothèse dans celui de la réalité, est la seule qui permette de comprendre l'unicité des fièvres éruptives et l'action préservatrice des vaccins; elle s'impose forcément à l'esprit pour la coqueluche, les oreillons, et toutes les autres maladies qui ne récidivent pas. Du moment où l'unicité du zoster est bien démontrée (et la démonstration ne laisse rien à désirer), on est entraîné malgré soi à rapprocher ce dernier des maladies précédentes, et à le considérer comme une affection spécifique, infectieuse au sens propre du mot.

Voilà, nous dira-t-on, un singulier paradoxe. Faire une maladie générale

---

Le monde ne voit pas les microbes, et il a cela de commun avec beaucoup de savants, car on ne se figure pas combien est restreint le nombre des gens qui ont pu contempler une spore ou un bacille une seule fois dans leur vie. Si le théâtre des Menus-Plaisirs veut donner une suite intéressante à ses représentations actuelles, qu'il s'adresse aux microbes et fasse défiler sur le rideau la bactérie du charbon, le micrococcus de la tuberculose, et les germes plus ou moins authentiques de la morve, de la rage, de la lèpre et du vulgaire furoncle. Voilà les véritables *Invisibles*; ils justifieraient cette épithète bien mieux que les parasites et les infusoires qui tiennent tous les rôles aux Menus-Plaisirs, et laissent à désirer comme nouveauté.

Une exhibition de microbes, certifiés de bonne souche et de provenance sûre, aurait peut-être du succès, et rendrait service à une foule de gens, qui tout en étant de la partie n'ont pas le moyen de se livrer aux études très spéciales et très délicates exigées pour la fréquentation de ces infiniment petits.

En attendant qu'un impresario enthousiaste de la doctrine parasitaire en mette les éléments à la portée des masses, le public, sans jamais avoir vu l'ombre d'un microbe, n'y croit pas moins énergiquement. La simplicité de la théorie lui plaît, il y trouve de la vraisemblance, et en cela il est parfaitement dans le vrai; le mot lui-même a une certaine séduction, il est court, bien timbré, et chacun peut parler microbes avec assurance, sans embarras sur l'orthographe ni la prononciation. Il est vrai que si l'on a des doutes sur la véritable orthographe d'un mot, on s'en fait une pour son usage, et on la défend avec d'autant plus de chaleur qu'on en est précisément le père : témoin la discussion à laquelle j'assistais avant-hier, entre deux interlocuteurs du monde le plus *pschutt*, l'un rappelant que l'amiral Pierre était mort d'une albuminurie, l'autre affirmant

du zona, cette affection si manifestement locale, cette éruption cutanée toujours circonscrite, et mieux que cela, constamment limitée à un côté du corps ; cette maladie enfin qui impressionne si peu l'état général et qui passerait inaperçue n'étaient les douleurs et l'apparition des vésicules. On peut répondre avec M. Landouzy que le zoster n'a d'une affection locale que les apparences, et que, si les phénomènes généraux sont réputés faire défaut, c'est parce que d'ordinaire on néglige de les rechercher. Lorsqu'on se donne la peine d'y regarder de près, on découvre que très souvent l'éruption est précédée par du malaise général, de la céphalalgie, de la courbature ; que le malade a perdu l'appétit ; parfois même on observe une fièvre assez marquée, qui peut durer trois ou quatre jours. Les faits relatés par M. Landouzy ne laissent aucun doute à cet égard, et l'observation suivante, que nous venons de recueillir, est encore plus démonstrative : une femme de trente ans environ quitte la Maison de santé le 22 septembre, après une fièvre typhoïde dont elle est complètement guérie ; le lendemain de son départ, elle est prise d'un frisson, suivi de fièvre et de violentes douleurs névralgiques dans le côté droit de la face ; elle rentre à la maison de santé le lendemain 24, et le soir du même jour on constate une température de 40°,8 ; il y a de l'inappétence et un peu de diarrhée. Malgré le temps écoulé (près de trois semaines depuis la cessation de la fièvre) on craint une rechute de dothiénentérie, mais en quarante-huit heures la fièvre tombe entièrement ; les douleurs névralgiques néanmoins persistent, et le 26 septembre au soir, on voit apparaître un zona de la branche inférieure du trijumeau du côté droit, caractérisé par un groupe de vésicules de la grandeur d'une pièce de deux francs, à deux centimètres au-dessous et en arrière du lobule de l'oreille, et par un autre groupe presque aussi considérable près de la houppe du menton. Dès le lendemain, les troubles digestifs avaient complètement cessé et l'appétit était revenu. Voilà un cas où le mouvement fébrile n'a pas fait défaut, et où il y aurait mauvaise grâce à ne pas reconnaître un état général.

Un autre argument invoqué par ceux qui voient dans le zona une affection spécifique, c'est l'épidémicité. Celle-ci est signalée par tous les auteurs qui se sont occupés du zona, et quand on fréquente régulièrement un grand établissement consacré aux maladies de la peau, comme l'hôpital Saint-Louis, il est impossible de n'en pas être frappé ; les cas de zona se présen-

---

qu'il fallait dire *albuminerie*, et en donnant cette preuve que dans son pays, on dit *magnanerie*. Le dernier, en effet, était originaire des contrées où fleurit le mûrier et où l'on élève des vers à soie.

*
* *

De la croyance universelle dans les microbes découle la croyance dans l'acide phénique, qui forme aujourd'hui la base de toute pharmacie mondaine, et dont on sature la maison. Cet agent, d'ailleurs estimable, a pour lui un avantage inappréciable, c'est de sentir mauvais ; c'est sa puanteur qui fait sa force et son crédit. Je connais un notaire qui en asperge son étude, au grand désespoir de ses clercs, qu'il fait macérer dans cette atmosphère d'amphithéâtre, comme des pièces anatomiques, et à la stupéfaction des clients, qui se bouchent le nez et pensent qu'il y a la peste aux environs ; ce qui ne peut d'ailleurs que pousser à la multiplication des testaments. Mais l'acide phénique dissipe le mauvais air (par substitution, sans doute), et quand on a des enfants, il préserve du croup. Car j'oubliais de vous dire que l'acide phénique préserve du croup.

Si vous insinuez timidement qu'on arriverait peut-être aux mêmes résultats avec l'acide salicylique, qui ne sent rien du tout, ou avec l'acide thymique, qui a une odeur suave, vous n'avez aucun succès. Quelle confiance accorder à un produit qui n'affecte pas l'odorat et se tire d'une plante commune ? Il ne peut valoir l'acide phénique, dont les mérites sont d'ailleurs consacrés par la science, et qui est le désinfectant officiel, breveté de plusieurs cours étrangères. C'est une autorité, et quand on l'a fait intervenir dans un endroit malsain, dans le foyer d'une épidémie, il semble qu'on s'est mis à l'abri de tout danger : que le mal continue, la question n'est pas là ; il y a de l'acide phénique,

tent toujours par séries. Là où jadis on ne voyait qu'une influence mystérieuse des constitutions médicales, M. Landouzy n'hésite pas à reconnaître un ensemble de conditions atmosphériques favorables à l'éclosion du germe zostérien. Certains auteurs allant plus loin se sont même demandé si la contagion ne jouait pas un rôle dans la diffusion du zoster, et Erb a cité quelques faits de nature à confirmer cette hypothèse ; mais il convient d'attendre de nouvelles preuves et de n'accueillir qu'avec réserve une opinion si éloignée des idées admises.

Quoi qu'il en soit de ce dernier point, il demeure acquis que le zona spontané est une affection non récidivante, qu'il offre souvent les caractères d'une maladie générale et qu'il a fréquemment une allure épidémique ; c'en est assez pour rendre très vraisemblable l'hypothèse qui lui attribue une origine spécifique. Comme ne manque pas de l'observer M. Landouzy, le fait que l'éruption zostérienne reste ordinairement limitée au territoire d'un ou plusieurs rameaux nerveux n'a rien d'incompatible avec cette théorie ; nombre de maladies spécifiques et générales se traduisent par des phénomènes locaux très circonscrits ; ainsi les oreillons, qui se localisent généralement sur les glandes parotides, ainsi la coqueluche, qui semble se cantonner en un point particulier des voies aériennes.

Mais si on admet cette manière de voir, que devient la théorie trophique, si bien établie par les recherches des anatomo-pathologistes? Va-t-il falloir l'abandonner? Nullement, car elle se rapporte exclusivement à la pathogénie de l'éruption cutanée, sans préjuger en rien l'origine première de la maladie. L'herpès zoster est bien sous la dépendance d'une irritation des ganglions spinaux, mais cette irritation n'est elle-même que le résultat d'une influence élective, exercée par le germe spécial introduit dans l'organisme. En d'autres termes, la fièvre zostérienne, suivant l'heureuse expression inaugurée par M. Landouzy, est une maladie à détermination ganglionnaire, comme les oreillons sont une maladie à détermination parotidienne, et l'éruption cutanée n'est qu'une conséquence indirecte du trouble trophique déterminé par l'irritation des éléments nerveux. Ceci nous rend compte, soit dit en passant, de la non-inoculabilité du zona, qui serait inexplicable si les vésicules d'herpès étaient, comme les pustules varioliques ou vaccinales, le résultat de l'élimination d'un produit morbide.

Il va sans dire que, si le zona spontané est une maladie spécifique,

---

c'est tout ce qui importe. S'inquiète-t-on qu'un incendie soit éteint ou se propage, du moment que les pompiers sont arrivés ?

Si vous avez l'honneur de promener un général à travers les chambres d'une caserne où sévit la fièvre typhoïde, ayez soin que l'on sente l'acide phénique partout, et que des linges phéniqués flottent aux endroits les plus apparents. Tout le monde sera satisfait, et on déclarera que « toutes les mesures sont prises ». Les miasmes pourront continuer à s'élaborer et les hommes à s'infecter, tout se passera désormais sous le couvert de l'acide phénique, qui donne une satisfaction immédiate à la crédulité du public en matière d'assainissement.

*
* *

Cette bonne réputation de l'acide phénique et le grand bruit avec lequel ont été annoncés ses succès en chirurgie, lui font attribuer par surcroît une foule de vertus, tout à fait étrangères à ses propriétés antiseptiques. Il passe à l'état de panacée universelle, il devient le remède à tous les maux, et on l'emploie à tort et à travers, jusqu'à ce qu'un accident démontre qu'il n'est pas inoffensif, comme on le croyait jusque-là. Car le public ignore absolument que ce préservatif, qu'il introduit jusque dans son cabinet de toilette, est un caustique puissant qui peut lui jouer de très mauvais tours ; d'autant plus qu'il lui en est délivré sous toutes les formes, soit pur et cristallisé, soit liquide et à des doses inconnues, mais toujours trop fortes, au lieu des solutions titrées dont se servent les chirurgiens, et qui, malgré leur dosage peu élevé en acide phénique, n'en laissent pas moins aux doigts cette corrosion de l'épiderme, si désagréable à la suite des opérations par les procédés de Lister.

il n'en est pas de même des zonas traumatiques ou secondaires. Ceux-ci sont évidemment de cause locale, et par leur mode de développement, par leur marche, par leurs récidives, non moins que par certains phénomènes concomitants (causalgie, érythème lisse), ils diffèrent entièrement du véritable zoster. Pour éviter toute équivoque, il conviendrait de les en séparer tout à fait et de les désigner à l'avenir sous le nom d'éruptions zostériformes; on marquerait ainsi qu'en dépit de l'identité des caractères extérieurs, en dépit d'une pathogénie probablement très analogue, les zonas secondaires n'ont rien de commun avec le zoster vrai, et occcupent dans le cadre nosologique une place toute différente.

La même remarque s'applique aux herpès (facialis, genitalis, etc.), que certains esprits distingués ont été tentés de rapprocher du zoster : très voisins de ce dernier au point de vue pathogénique, ils en diffèrent entièrement par leur nature.

Alors que le zona véritable ne récidive presque jamais, les divers herpès, fébriles ou non, se répètent chez certains sujets avec une extrême fréquence; tandis que l'un paraît avoir une origine constante et se montrer comme la manifestation extérieure d'une maladie toujours la même, les autres ne sont qu'une conséquence accessoire de la perturbation nerveuse qui, chez certains sujets, succède à un accès fébrile, à une fatigue physiologique excessive, voire même à une émotion morale.

C'est ainsi qu'on voit l'herpès facial se montrer dans la fièvre éphémère, dans la pneumonie, dans la fièvre typhoïde, dans la fièvre intermittente, que chez certaines femmes, il paraît à l'occasion des règles ou à la suite d'une insomnie; c'est ainsi que l'herpès génital peut survenir en quelque sorte périodiquement après chaque rapprochement sexuel. La plupart des herpès ne sont que des épiphénomènes, et en admettant même, ce qui est loin d'être démontré, que la fièvre herpétique soit une entité morbide spéciale, il est en tout cas bien certain qu'elle n'est pas la même que la fièvre zostérienne.

Celle-ci n'est, il est vrai, qu'une hypothèse, mais les faits sur lesquels elle s'appuie sont positifs, et ce n'est pas trop de dire qu'elle mérite la plus sérieuse attention. Quel que soit, d'ailleurs, l'avenir réservé à la théorie d'Erb et de Landouzy, elle aura, du moins, servi à établir, dans cette difficile question de l'origine du zona, une distinction nécessaire entre le point de

---

Voici deux exemples des inconvénients de cet emploi intempestif de l'acide phénique. Dans un pensionnat (il n'y avait pas encore de lycées de jeunes filles), une élève est piquée à l'index par un insecte. Elle pleure, le doigt enfle, et comme on est en été, l'idée d'une mouche charbonneuse vient tout de suite à l'esprit; mais on a ce qu'il faut, et on trempe le doigt de la petite blessée dans un flacon d'acide phénique.

La malheureuse enfant, après d'horribles souffrances, eut une gangrène des deux premières phalanges de l'index, qu'il fallut amputer. Voilà donc une mutilation des plus graves résultant de cet usage inconsidéré de l'acide phénique, et comme dans la fable, c'est une mouche qui a provoqué cette réédition meurtrière du pavé de l'ours. Un des professeurs de clinique chirurgicale de la Faculté de Lyon, de qui je tiens ce fait, pourrait le certifier.

Plus récemment, et sous mes yeux, une dame souffrait d'une névralgie dentaire, et se refusait énergiquement à livrer à un dentiste les perles de sa bouche. Pour calmer les douleurs qui s'irradiaient dans toute une moitié de la tête, elle se mit dans l'oreille quelques gouttes d'un phénol quelconque. L'idée n'était pas heureuse, le résultat le fut encore moins. Il y eut cautérisation profonde du conduit auditif, menace de phlegmon, suppuration prolongée, et peut-être, derrière tout cela, découvrira-t-on un jour une altération persistante des os ou des cartilages.

Ainsi, avec l'acide phénique, grâce à la vogue dont il jouit et qui le met dans toutes les mains, le remède est souvent pire que le mal. C'est ce qu'il est utile de faire savoir au public, pour le mettre en garde contre des accidents comme ceux que je viens de signaler. Il est probable aussi que les pharmaciens le vendent trop facilement, et sous des formes mal déterminées ; il devrait être soumis aux mêmes restrictions que les mé-

vue étiologique et le point de vue pathogénique. Elle fait voir nettement que le groupe des herpès, physiologiquement très homogène, comprend des affections nosologiquement disparates, et que, si la vésicule d'herpès est presque toujours un phénomène trophique consécutif à l'irritation d'un ganglion rachidien, cette irritation elle-même peut se produire dans les conditions les plus différentes. Elle ne permet plus de confondre en une seule et même maladie l'éruption zostériforme qui succède à une lésion locale et grossière d'un nerf, le groupe de vésicules développé à la suite d'une perturbation générale du système nerveux, et le zona vrai, spontané en apparence, mais probablement provoqué par l'action spéciale d'un germe morbide encore inconnu. Ne servirait-elle qu'à bien fixer cette division salutaire, elle aurait déjà rendu un réel service à la pathologie.

Henri BARTH.

Hôpital Bichat. — Service de M. F. TERRIER.

Kyste multiloculaire de l'ovaire droit. — Ovariotomie. — Mort par péritonite et suppuration du tissu cellulaire du petit bassin.

Mlle Anaïs Gagnot, âgée de 18 ans, entre le 23 avril 1883 salle Chassaignac °n 19; cette jeune fille m'est adressée par le docteur A. Petit, de Prangey (Haute-Marne).

Réglée à 12 ans, la menstruation a été régulière jusqu'à 14 ans, époque à laquelle la malade entra en pension; dès lors, suspension des règles pendant deux années, sans autre modification de l état général. A 16 ans, les règles reparaissent, et le ventre grossit un peu.

Au mois de janvier 1882, c'est-à-dire il y a environ quinze mois, apparition d'accidents consistant en douleurs abdominales, surtout à droite, fièvre, constipation opiniâtre, ballonnement du ventre, nausées, etc. Ces phénomènes durèrent six semaines environ.

En mars, nouvelle suppression des menstrues pendant deux mois, avec troubles abdominaux, consistant surtout en douleurs assez vives.

Au mois d'août 1882, apparaissent des métrorrhagies assez abondantes qui, en un mois et demi, se montrèrent cinq fois, toujours avec de vives douleurs dans les reins et le ventre; celui-ci grossissait notablement.

Ces troubles menstruels se calmèrent vers la fin de septembre, l'écoulement sanguin

---

dicaments toxiques, et ne se délivrer que sur ordonnance de médecin. De notre côté nous aurions soin de ne prescrire que des solutions phéniquées suffisamment étendues pour n'être plus caustiques.

*
* *

Dans la pharmacie du public, les moyens dangereux, comme l'acide phénique, sont l'exception. Les applications usités pour l'usage externe sont, pour la plupart, d'une remarquable innocuité, comme la peau de chat sur l'estomac, les toiles d'araignée sur les coupures et la clef dans le dos pour les saignements de nez.

Il faut reconnaître d'ailleurs que le public a parfois raison, et que son empirisme peut tomber juste. L'action hémostatique de la toile d'araignée n'a pas pas toujours été dédaignée par la chirurgie. Quant à la clef dans le dos, ne voyez-vous pas sa parenté avec le sac de glace de Chapman, utile dans certaines maladies de la moelle, et avec la métallothérapie, qui est en train d'avoir son regain de faveur? De sorte que les chambellans, qui avaient aussi une clef dans le dos, faisaient de la thérapeutique rationnelle sans le savoir, et devaient être à l'abri des épistaxis. Qui sait? c'est peut-être par application du remède populaire que cet ornement avait été introduit dans leur uniforme, pour les préserver toujours, en présence de leur souverain, de la position ridicule de l'homme qui saigne du nez, et qui trouve toujours quelqu'un pour lui dire que « ça lui dégagera le cerveau ».

Le collier d'ambre pour les enfants, le brin de laine rouge autour du poignet contre les douleurs sont aussi sans danger. Il en fut de même de la cigarette de camphre qui eut de si beaux jours sous le règne des théories de Raspail; si elle manquait de dis-

disparut, mais le ventre augmentait toujours, et la malade se plaignait de vives douleurs vers l'hypogastre et d'un peu de cystite du col : envies fréquentes d'uriner et cuisson après la miction. Les règles ne se montrent pas en novembre et en décembre 1882, et le ventre continue à être très douloureux et à s'accroître. L'amaigrissement, déjà sensible au mois de septembre, a fait en trois mois de très notables progrès.

C'est en novembre 1882 que M. le docteur A. Petit fut appelé auprès de M[lle] Gagnot; il constata l'existence d'une volumineuse tumeur dépassant l'ombilic et il conseilla la ponction pour soulager la malade et affirmer son diagnostic de kyste ovarique.

Une première ponction fut faite à droite, le 25 décembre 1882, et permit de retirer deux litres d'un liquide épais, couleur chocolat, noirâtre. Il s'agissait donc d'un kyste multiloculaire de l'ovaire et notre confrère proposa l'ovariotomie qui fut rejetée par la famille.

L'abdomen augmentant toujours et les douleurs étant fort vives, une deuxième ponction fut pratiquée, en février 1883, sur la ligne médiane, et on retira plus d'un litre et demi de liquide filant, très visqueux, chocolat. Enfin, une troisième ponction fut faite, le 15 mars 1883, du côté gauche et on ne put enlever qu'un demi-litre de liquide légèrement teinté de sang, mais toujours visqueux et chocolat. Les ponctions étant manifestement insuffisantes pour soulager la malade, le ventre augmentant toujours de volume et la tumeur donnant lieu à des douleurs incessantes, l'état général s'altérant sensiblement, notre confrère le docteur A. Petit décida enfin la famille à conduire M[lle] G... à Paris et elle entra dans notre service hospitalier à Bichat.

Etat de la malade à son entrée à l'hôpital le 24 avril 1883. — L'amaigrissement est considérable, le nez est effilé, les yeux caves, les pommettes rosées et saillantes; en un mot, la malade offre le facies dit ovarien, facies qui d'ailleurs n'est nullement caractéristique d'une tumeur de l'ovaire, quoi qu'on en ait dit.

L'appétit est conservé, les digestions sont assez bonnes, la constipation n'est pas trop intense.

Les urines sont rares, 500 gr. en 24 heures; elles ne contiennent ni sucre, ni albumine; la miction est facile et non douloureuse.

L'abdomen, très volumineux, est ovoïde, pyriforme, à grosse extrémité inférieure et asymétrique; du côté droit existe une saillie bosselée très appréciable à la simple vue

Le tégument du ventre distendu est lisse, luisant et offre de nombreuses vergetures. La cicatrice ombilicale est un peu déplissée, mais non saillante. Il n'existe ni œdème des parois abdominales, ni œdème des jambes.

La circonférence ombilicale donne 95 centimètres au niveau de l'ombilic; de l'appendice xiphoïde à l'ombilic 22 cm., et de l'ombilic au pubis 24 cm.

Au palper le ventre est rénitent, et offre trois saillies, dont deux dans les flancs, celle de droite plus accusée que celle de gauche; la troisième saillie siège à la région épigas-

---

tinction, elle était moins nuisible que les cigarettes véritables. Aujourd'hui, c'est le goudron qui se fume, ou se hume, dans de petits appareils en forme de cigare.

Le camphre a survécu dans une préparation qui tient une place importante dans la pharmacie du public; c'est l'eau sédative, dont les compresses sur le front précèdent invariablement l'arrivée du médecin, pour toutes les douleurs de tête ou les simples malaises. Chez les sujets qui ont la peau sensible, l'eau sédative fait l'effet d'un vésicatoire, enlève l'épiderme, et l'on trouve alors son malade avec le front dépouillé, comme s'il avait été traîné sur du sable. Ce qui prouve que le moyen agit et *tire le mal*.

Mais je m'aperçois qu'abusant du titre de *Causeries*, je me suis mis dans la nécessité de m'arrêter tout court, avec la formule des feuilletons à cadavres récalcitrants : la suite au prochain numéro.

A. L.

Faculté de médecine. — M. Richelot, professeur agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie externe le mardi 13 novembre, dans l'amphithéâtre Laennec, à 5 heures du soir, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants. — Sujet du cours : maladies chirurgicales du tube digestif.

— M. le professeur Cornil commencera son cours le mercredi 14 novembre dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine à 5 heures du soir et le continuera les lundis et mercredis suivants. Les vendredis à 1 heure 1/2, leçon de démonstration à l'école pratique, 42, rue Lhomond. — Sujet du cours : Lésions anatomiques de la peau, du système circulatoire et respiratoire.

trique et empiète sur la région ombilicale. A gauche de l'ombilic on sent une masse dure, qui paraît avoir le volume du poing et qui est formée par un gâteau polykystique.

La fluctuation n'est pas transmise d'un côté à l'autre du ventre, mais seulement de la fosse iliaque gauche à l'épigastre.

La matité est générale et confondue à droite avec celle du foie; il n'y a de sonorité que vers la partie postérieure des flancs, au-dessous de l hypochondre gauche et vers la région de l'estomac, à l'épigastre.

Les changements de position de la malade ne modifient en rien le siège de ces diverses zones sonores.

L'utérus est remonté, immobile et refoulé contre le pubis; le cul-de-sac postérieur, quoique très dilaté, ne permet pas de s'assurer de la position du fond de l'utérus. Les culs-de-sac latéraux et antérieurs sont libres.

Le cœur et les poumons sont sains.

Le diagnostic est, en fait, facile : il s'agit d'un kyste multiloculaire de l'ovaire, ayant probablement des connexions intimes avec l'utérus ou ses annexes les ligaments larges vu les troubles menstruels accusés par la malade.

26 avril. — Eruption d'urticaire, sans fièvre. — La malade est soumise au régime lacté pour augmenter la quantité d'urine qu'elle élimine.

29 et 30 avril. — Douleurs abdominales, vomissements, perte d'appétit, etc. Troubles que la malade rapporte à l'époque probable d'apparition des règles.

1er mai. — Les urines augmentent (700 gr. par 24 heures); les douleurs ont cessé sans que les règles se soient montrées.

10 mai. — Réapparation de douleurs abdominales, avec nausées.

16 mai. — Vomissements bilieux et douleurs vives à droite. Etat général mauvais, qui fait attendre un peu de calme pour intervenir.

18 mai. — La malade est bien mieux, l'appétit reparaît un peu, le ventre est presque indolent à la palpation. Malgré le lait, les urines restent toujours au-dessous de 800 grammes par 24 heures.

20 mai. — L'état général s'améliore toujours, aussi décide-t-on l'opération. Les mensurations de l'abdomen donnent un accroissement de 7 centimètres dans la circonférence, prise au niveau de l'ombilic, et de 4 cm. entre l'ombilic et le pubis.

Opération. — Elle fut faite le 22 mai 1883, avec l'aide de MM. Périer, Just Championnière et Berger, mes collègues des hôpitaux.

Incision médiane depuis l'ombilic jusqu'à 6 centimètres du pubis; beaucoup de vaisseaux donnent du sang, d'où la nécessité d'appliquer des pinces hémostatiques assez nombreuses. Le péritoine est ouvert, mais il adhère au kyste dans presque toute la hauteur de l'incision; en outre, il existe aussi de nombreuses adhérences de l'épiploon, interposées en quelque sorte entre la paroi abdominale et la masse polykystique. Ces adhérences sont détruites peu à peu.

Une première poche kystique mise à nu est ponctionnée et on peut retirer 6 litres d'un liquide très visqueux et grisâtre. Destruction avec les doigts et la main des adhérences à la paroi, à gauche, en haut et à droite de l'incision, qui à l'aide de ciseaux mousses est prolongée en haut jusqu'au-dessus de l'ombilic et en bas jusqu'à 4 cm. du pubis.

La masse polykystique est encore ponctionnée à gauche et on vide un kyste du volume de la tête d'un fœtus à terme. On constate alors des adhérences considérables à gauche entre la tumeur kystique et la paroi latérale de l'abdomen et du bassin.

Pour diminuer le volume de la masse kystique qui tend un peu à se dégager, on l'ouvre en avant avec des ciseaux et le doigt introduit dans la cavité ponctionnée précédemment, déchire une poche qui donne issue à un litre de liquide très clair et visqueux. Tout ce liquide s'écoule facilement au dehors de l'abdomen, dans un vase placé entre les jambes de l'opérée.

La masse est alors dégagée à droite après avoir rompu de nombreuses adhérences pariétales et épiploïques, et des pinces en T sont placées sur l'épiploon.

On aperçoit, toujours à droite, la trompe dilatée et le pédicule utéro-ovarien, qui est saisi et sectionné entre deux pinces courbes (modèle Terrier). A gauche, les adhérences épiploïques sont aussi détachées, saisies et sectionnées entre deux pinces courbes.

Il reste encore à énucléer le kyste de ses adhérences pelviennes et surtout d'une large bande musculaire qui paraît être le ligament large droit, dédoublé et dévié jusque du côté gauche.

Cette énucléation se fait peu à peu, en déchirant les tissus avec les ongles, de nombreux vaisseaux sont lésés et de nombreuses pinces hémostatiques doivent être placées. Enfin une pince courbe est fixée sur l'angle supérieur droit de l'utérus, angle auquel le

kyste adhérait en dernier lieu. La masse est alors enlevée après la section de cette dernière adhérence, véritable pédicule utérin.

Deux ligatures entrecroisées, en fil de soie phéniquée, sont placées à gauche sur l'épiploon qui est réséqué, nettoyé et réintégré dans l'abdomen. Deux ou trois ligatures en soie, sont appliquées sur l'épiploon situé à droite, qui est aussi réséqué ; enfin quelques ligatures en soie très fine sont placées sur des brides pariétales qui saignaient.

Le pédicule utéro-ovarien droit est lié avec deux fils de soie disposés en anses ; le pédicule utérin du même côté est lié de la même façon.

Enfin, la large adhérence gauche, formée par le ligament large hypertrophié, est liée à son bord libre avec deux fils de soie entrecroisés.

Quelques petites artérioles du cul-de-sac utéro-rectal, où existaient quelques adhérences très vasculaires, doivent encore être liées avec du fil de soie très fin et phéniqué.

L'ovaire gauche exploré est sain.

On procède à une toilette minutieuse du péritoine et on fait la suture abdominale avec dix fils d'argent profonds et un seul fil superficiel. Un des angles de la large adhérence du ligament large est compris dans la partie la plus inférieure de la suture de la paroi.

L'opération, faite d'après les principes rigoureux de la méthode listérienne, a duré une heure vingt minutes.

22. Pas de vomissement, douleurs vives dans les reins et dans le bas-ventre, agitation. T. 38°,5. Champagne et glace.

23. L'opérée a peu dormi, la soif est vive ; pas de nausées, ni de vomissements ; émission d'urine une fois sans cathétérisme. Deux seringues et demie d'une solution de chlorhydrate de morphine au 100e. Glace, champagne. T. 39°,1. Respiration 32. Pouls 120.

L'après-midi, deux vomissements aqueux, agitation, soif vive. On injecte un quart de seringue de solution de morphine.

Le soir, T. 39°,2, pouls 160, respiration 32. Quelques coliques, pas de gaz rendus par l'anus. Urines claires et abondantes. Besoins fréquents d'uriner.

24. Nuit très agitée. Vomissements fréquents et bilieux. Miction fréquente. Pas de douleurs abdominales, quelques maux de reins. Le ventre est très légèrement ballonné, indolence à la pression, sauf vers les flancs et l'hypogastre. Rhum, Champagne et glace. T. 39°,5, pouls 128. Respiration 28.

Pendant la journée, un seul vomissement bilieux vers quatre heures ; le facies est tiré, péritonéal, les yeux excavés ; il y a de la cyanose et du refroidissement des extrémités. La malade ne se plaint pas et est assoupie grâce à quelques piqûres de morphine. Injection d'éther. Dans le but de faciliter l'expulsion des gaz, on électrise l'abdomen à l'aide de courants continus, la plaque positive à l'épigastre et la plaque négative aux cuisses. Cette manœuvre ne donne aucun résultat. T. 40°,5, pouls 140, respiration 24.

La malade meurt à huit heures du soir, trente-six heures après l'opération.

Autopsie, 36 heures après la mort.

Les deux lèvres de la plaie abdominale sont entièrement réunies et les adhérences du péritoine sont complètes. Les anses intestinales, distendues par des gaz et dilatées, sont couvertes par places d'un exsudat grisâtre ; quelques anses adhèrent aux moignons d'épiploon. Le petit bassin renferme un liquide roussâtre, un peu louche, mais non purulent ; quelques adhérences molles existent entre des anses d'intestin grêle et les parois du bassin. Le péritoine y est noirâtre, ardoisé, et on remarque dans le tissu cellulaire sous-péritonéal deux ou trois traînées jaunâtres manifestement purulentes.

Le pédicule utéro-ovarien est épais et semble renfermer de nombreuses fibres musculaires lisses dans son épaisseur. Les fils de soie sont presque complètement recouvertes par un exsudat plastique. Les fils du pédicule utérin sont recouverts de la même manière. Au contraire, les fils appliqués sur l'épiploon sont entièrement à nu. Rien du côté du foie, de la rate et des reins, sauf un peu de congestion. Il existe quelques adhérences pleurales au sommet du poumon gauche, d'ailleurs les deux poumons et le cœur sont sains.

La tumeur enlevée pesait environ 4,700 grammes, ce qui, uni aux huit litres évacués pendant l'opération, donne un poids total de 12,700 grammes. Il s'agissait d'un kyste multiloculaire type, offrant trois grandes loges, plus une multitude de petites loges dont quelques-unes renfermaient du sang coagulé, mais dont le plus grand nombre étaient tapissées par des productions épithéliales formant des kystes secondaires à contenu gélatiniforme.

RÉFLEXIONS. — Peut-on, jusqu'à un certain point, se rendre compte de

l'issue fatale de cette opération? Telle est la question que nous allons chercher à résoudre.

Comme chez la plupart des sujets jeunes, notre malade a vu son kyste prendre rapidement des proportions excessives et retentir sur l'état général. Mais, parmi les accidents déterminés par la tumeur, il faut noter les phénomènes de péritonite qui indiquent presque toujours des adhérences, et en outre ces singuliers troubles de la menstruation : aménorrhée, métrorrhagies, puis aménorrhée. Ces derniers accidents sont relativement rares dans l'évolution des tumeurs kystiques de l'ovaire, et ils indiquent, croyons-nous, un retentissement sur l'utérus ou ses annexes comme les ligaments larges. Nous avons vu, en effet, pendant l'opération, qu'un des ligaments larges offrait une hypertrophie véritablement colossale et qu'une partie du kyste y était incluse.

L'opération a été longue et difficile, en raison des adhérences étendues avec la paroi abdominale, avec l'épiploon et surtout avec le ligament large. Il existait là une véritable inclusion d'une partie du kyste, inclusion qui nécessita des maneuvres un peu longues, si bien que l'opération dura près d'une heure et demie.

De plus, il y avait des adhérences dans le cul-de-sac recto-utérin, adhérences pelviennes regardées toujours comme fort graves par la plupart des ovariotomistes. Or, l'autopsie nous a démontré que les lésions péritonéales étaient surtout accusées dans le petit bassin, que non seulement le péritoine y était enflammé, mais qu'il y avait du pus dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. On peut même se demander si une richesse plus grande du réseau lymphatique sous-péritonéal du petit bassin n'expliquerait pas la gravité plus grande des adhérences en ce point?

De ces adhérences donc semble être née cette péritonite particulière, généralement peu douloureuse, mais qui entraîne rapidement la mort des opérées.

En résumé, le volume du kyste, son influence sur les annexes utérins hypertrophiés, ses adhérences étendues, pariétales, épiploïques et pelviennes, enfin l'état général de la malade, telles sont les principales raisons qu'on peut invoquer pour aggraver le pronostic opératoire et pour expliquer l'apparition de la péritonite et de la suppuration sous-péritonéale du petit bassin.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Vulpian présente une note de M. Couty *sur l'état des nerfs sensitifs dans l'intoxication strychnique.*

Il est généralement admis que la strychnine agit sur les fonctions de la substance grise bulbo-médullaire pour les exciter, puis les paralyser; et l'on discute seulement pour savoir si ces effets sont directs ou consécutifs à des troubles des appareils de sensibilité périphérique.

Les expériences que je vais rapporter me paraissent poser la question sur un terrain plus simple. La strychnisation, comme on le sait, peut présenter diverses formes que l'on n'a pas peut-être suffisamment séparées. Aux petites doses correspond un état de semi-rigidité des muscles au repos, avec saccades ou tremblements des mouvements volontaires; les doses moyennes produisent les accès de convulsions décrits classiquement; les doses plus fortes déterminent ces états de chorée, puis de paralysie centrale et périphérique qui ont été étudiés depuis deux ans par M. Richet, par M. Vulpian et par moi.

J'ai comparé la sensibilité du bout central du sciatique et celle du cerveau sur des chiens normaux et sur les mêmes chiens intoxiqués à divers degrés; j'ai pris toutes les précautions, laissant reposer les animaux, n'employant ni chloral ni autres anesthésiques, mesurant exactement avec le chariot du Bois-Reymond, pendant l'état physio-

logique et pendant l'intoxication, les courants minimum capables de produire une manifestation motrice, et j'ai toujours vu qu'après la strychnisation, pour agir sur le cerveau ou sur le sciatique, il avait été nécessaire d'employer, dans la première période, un courant aussi intense et dans les autres un courant plus intense qu'à l'état normal; j'en ai conclu que, contrairement à l'opinion générale, la sensibilité de ces appareils n'était pas augmentée par le poison.

Un examen plus précis m'a permis de dépasser cette observation purement négative.

Si l'on observe un chien qui présente l'accès convulsif classique, en ayant soin de laisser reposer l'animal, on trouve toujours l'excitabilité minimum du cerveau et du sciatique un peu moindre qu'à l'état normal; et la forme de la réaction motrice est modifiée. Dans les conditions physiologiques, le chien répond par quelques contractions localisées, réflexes ou opposées, aux excitations faibles; ces contractions deviennent plus multiples et se compliquent de cris de douleur, de mouvements de fuite ou de défense si l'excitation est plus forte ou plus prolongée; enfin, il survient de l'agitation ou des convulsions véritables pour toute irritation trop intense; au contraire, sur l'animal strychnisé, les excitations minimum, comme les excitations maximum, déterminent presque toujours ces convulsions généralisées. Les centres sensitivo-moteurs ne différencient plus les excitants extérieurs; il y a perturbation et non pas exagération du fonctionnement normal.

Si l'on examine un chien en proie aux accidents moins connus de la première phase, semi-rigidité au repos et mouvements volontaires saccadés ou tremblés, accidents faciles à prolonger par de petites injections répétées dans la veine saphène, on éprouve, à mesurer les courants minimum, des difficultés dues aux excitations mécaniques qu'il faut éviter et aussi aux dilacérations du cerveau, faciles à produire pendant les secousses, et suffisantes pour augmenter quelquefois l'excitabilité. Mais, là encore, la comparaison de l'état normal et de l'état d'intoxication montre que ces faibles doses de strychnine n'augmentent pas la sensibilité du cerveau ou du sciatique, ou même qu'elles la diminuent légèrement si leur action est longtemps prolongée. Comme dans la période convulsive, la forme de la réaction est surtout modifiée : les contractions réflexes ou opposées deviennent plus amples et plus brusques, et, au lieu de simples contractions, on observe souvent, après les excitations, un brusque soubresaut généralisé ou même des petits accès convulsifs passagers.

Ce changement de forme de la réaction motrice devient encore plus visible pendant les contractions choréiques.

A cette période tardive, comme je l'ai indiqué (*Comptes rendus*, décembre 1882), la sensibilité du sciatique ou du cerveau est d'abord diminuée, puis supprimée; pendant la phase de simple diminution, ces appareils se comportent comme des nerfs d'arrêt, et leurs excitations fortes ou moyennes rendent moins fréquentes ou même font cesser les secousses spontanées. L'effet peut être très net pour le sciatique; et, si l'on applique sur lui le courant 12 ou 15 du chariot on voit le membre corespondant rester immobile, pendant un temps assez court, quoique les autres membres continuent à être agités.

Cette transformation si curieuse du nerf excito-moteur, en nerf d'inhibition et d'arrêt, peut se retrouver passagèrement pendant les autres accidents du strychnisme.

Ainsi, à la première période, si les membres sont au repos, étendus et rigides, l'excitation du nerf sciatique avec un courant faible, 30 ou 32 du chariot, fait cesser momentanément la semi-contracture du membre correspondant ; de même, à la fin des accès convulsifs de la seconde période, pendant la phase clonique, les excitations fortes du sciatique, qui pendant la contracture tonique n'avaient aucun effet appréciable, deviennent capables d'arrêter momentanément les secousses, soit dans le membre correspondant, soit quelquefois dans tout le corps.

Je ne puis m'étendre sur les précautions nécessaires pour constater ces phénomènes ; mais ces diverses observations sur les minimum d'excitation et sur la forme des réactions motrices me paraissent suffisantes pour établir que l'on doit modifier les théories classiques de l'intoxication strychnique.

A aucune période, ou mieux à aucune dose, ce poison convulsivant n'augmente les fonctions normales de la moelle ou du bulbe; son premier effet appréciable du côté des mouvements est de substituer des formes pathologiques, contractures, convulsions ou chorée, aux formes de réactions normales; et tant que le mécanisme des diverses contractions n'aura pas été fixé, nous ne pourrons pousser plus loin l'analyse de cette intoxication. Mais nous sommes déjà autorisé à conclure que la strychnine trouble les fonctions du bulbe et de la moelle, au lieu de les exciter, et qu'elle diminue d'emblée la sensibilité.

(*A suivre*).

JOURNAL DES JOURNAUX

Du nitrite d'amyle et de la nitro-glycérine dans la dyspnée urémique, par le docteur Sheen. — D'après l'auteur, le nitrite d'amyle en inhalations pendant les accès agirait sur les nerfs vaso-moteurs, provoquerait leur dilatation et la diminution de la pression sanguine intra-vasculaire. Le docteur Mahomed a préconisé l'emploi de la nitro-glycérine en solution alcoolique à 1 pour 100. A l'appui de cette remarque, le docteur Sheen cite l'observation d'un malade urémique dont la dyspnée fut soulagée par ce dernier médicament. (*The British med. Journal*, p. 811, 28 août 1883.) — L. D.

Vertige réflexe; guérison par la cautérisation de la pituitaire, par Hack. — Deux malades étaient atteints de vertiges qu'on pouvait attribuer à une hypertrophie de la membrane muqueuse des fosses nasales. Ce vertige était donc d'origine réflexe. En effet, en pratiquant la cautérisation de la muqueuse malade avec le galvano-cautère, l'amélioration fut immédiate. (*Berlin. Klin. Woch.*, janv. 29; 1883, et *The Journ. of nervous and mental dis.*, p. 388; avril 1883). — L. D.

Névralgie du diabète et des néphrites, par Berger. — D'après l'auteur, ces névralgies siégeraient habituellement sur le nerf sciatique, et plus spécialement sur les branches plantaires. Elles s'accompagneraient, en général, de troubles vaso-moteurs, seraient rebelles, et le plus souvent auraient pour caractère d'être symétriques. Enfin, M. Berger les considère comme ayant une origine centrale. (*Centralb. für Klin. med.*; 10 février 1883.) — L. D.

De l'emploi de l'oxydendron contre l'anasarque, par le docteur Cleudenin. — Ce médicament a été préconisé contre les hydropisies. L'oxydendron est un végétal des États du sud-ouest de l'Amérique du Nord; ses feuilles et son écorce ont la réputation de posséder de puissantes propriétés médicinales comme diurétique et laxatif.

L'écorce est employée sous forme d'extrait semi-fluide, en pilules de deux grains qu'on administre à la dose quotidienne de deux ou de trois, en augmentant graduellement la dose jusqu'à treize ou quinze par jour, et en la diminuant plus tard peu à peu. Par ce moyen, on provoquerait souvent la disparition rapide des hydropisies. (*Therapeutic Gazette;* avril 1883.) — L. D.

COURRIER

Hôpital Laennec. — M. le docteur Nicaise, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Laënnec, commencera ses conférences de clinique chirurgicale le mardi 13 novembre 1883, à dix heures, et les continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le docteur Seux, directeur de l'Ecole de médecine de Marseille, chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'instruction publique, décédé à l'âge de 68 ans.

Concours. — Le concours de l'externat des hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination de :

MM. Orcel, Loison, Chaintre, Audry, Bernard, Michel. Faivre, Guilland, Bouchet, E. Pitiot, Bonnaud, Stourme, Pic, Condamin, Favelier, Moncorgé, Bassot, Chalon, Chobaut, Fallot, Bonnevay, Riche, Marchessaux, Papoutzanis, Courtot, Cotton, Converset, Guilleret, Courmont, F. Pitiot, Bret, Garcin, Devillebichot, Chaumier, Groth, Tillier, Puig, Feyat et Chevallet.

— M. Nicolle, publiciste, est chargé d'une mission dans les pays d'extrême Orient, à l'effet d'y entreprendre des recherches anthropologiques et ethnographiques.

— M. Humblot, naturaliste, est chargé d'une mission à l'effet d'explorer, au point de vue botanique et zoologique, les bassins du Gabon, de l'Ogooué et du Congo.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

N° 160 L'UNION MÉDICALE Dimanche 11 Novembre 1883

Sommaire

Observation du purpura hémorrhagique. — Varioloïde intercurrente,

Note lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 12 octobre 1883,

Par M. RATHERY, médecin de l'hôpital Tenon.

(Observation recueillie par M. BOURNER, interne du service.)

J..., âgé de 34 ans, entre à l'hôpital Tenon, salle Axenfeld, le 26 mars 1883.

J... exerce la profession de boucher. C'est un homme robuste, bien musclé, qui a toujours eu une bonne santé jusqu'au mois de décembre 1882, époque à laquelle il a commencé à tousser. Cet homme se nourrit très bien, et nie tout excès alcoolique. Il a un enfant qui jouit d'une excellente santé. Pas d'antécédents héréditaires ni au point de vue de l'arthritisme, ni au point de vue de la tuberculose. Lui-même n'a jamais fait de maladie grave; il n'a jamais eu de rhumatisme ni musculaire ni articulaire.

Vacciné dans son enfance, il n'a pas encore été revacciné. En janvier 1883, en toussant, il a expulsé quelques crachats contenant des filets de sang. En même temps, il a eu des épistaxis assez abondantes et revenant à intervalles rapprochés. Antérieurement, il n'était pas sujet aux épistaxis.

Dans ces derniers mois, il y a eu un peu d'amaigrissement; diminution de l'appétit; insomnie; transpiration la nuit; pas de diarrhée.

Durant les quatre ou cinq jours qui ont précédé son entrée, le malade a eu des épistaxis; il tousse davantage et sa voix est un peu enrouée. Les conjonctives présentent une coloration subictérique.

L'examen du thorax permet de constater un peu de submatité aux deux sommets en arrière. De plus, au sommet gauche, on perçoit quelques petits craquements secs; on porte le diagnostic de tuberculose au début, et le traitement est institué en conséquence.

Rien d'anormal du côté du cœur, du foie, de la rate ou des autres viscères.

Du 26 au 31 mars, la température oscille entre 37 et 38 le matin, 38 et 39 le soir. Le 30, épistaxis abondantes, nécessitant le tamponnement antérieur de la narine gauche.

Dans les premiers jours d'avril, ces épistaxis se reproduisent presque journellement. Le 8, dans la nuit, on est forcé de pratiquer de nouveau le tamponnement; le malade prétend même avoir rendu du sang par l'œil gauche. (Potion avec 1 gr. d'ergotine; injection d'une seringue d'ergotine d'Yvon.)

Le 9 avril dans la nuit, le malade ressent une vive douleur dans l'oreille gauche. Bourdonnements et sifflements qui l'empêchent de dormir. Le matin, il s'écoule de cette oreille un liquide séro-sanguinolent; épistaxis abondantes; gencives saignantes et fongueuses. On remarque sur les membres inférieurs de petites taches assez nombreuses, ne s'effaçant pas par la pression, presque toutes traversées au centre par un poil.

Pas d'œdème. Pas de trace de purpura aux membres supérieurs, au tronc ni à la face.

On continue l'ergotine; on prescrit, en outre, une potion de Todd avec 4 grammes d'extrait de quinquina. Le malade est affaibli, mais la fièvre est tombée ; l'état général n'est point mauvais.

11 avril. Les épistaxis et l'écoulement séro-sanguinolent par l'oreille gauche persistent. Pétéchies au nombre de 4 ou 5 sur le front et les joues. Taches de purpura plus nombreuses au niveau des membres inférieurs. Au niveau de l'aine gauche, ecchymose qui se prolonge jusque sur le scrotum et produit une coloration violacée de la peau analogue à celle produite par une contusion. Teinte pâle de la face avec subictère des conjonctives. Pas d'albumine ni de sucre dans les urines.

Le 13 avril, la fièvre se rallume ; pendant cinq ou six jours, la température oscille de 38 à 39 le soir, de 37,8 à 38,5 le matin.

Le 15, l'écoulement séro-sanguinolent par l'oreille persiste, mais les gencives sont toujours saignantes. L'ecchymose inguinale et scrotale persiste mais est moins intense. Les épistaxis se reproduisent.

20 avril. Le malade n'a pas eu d'épistaxis depuis le 17 avril. Les taches de purpura ont disparu. L'ecchymose inguinale et scrotale diminue de jour en jour. L'écoulement séreux par l'oreille gauche persiste. De ce côté, l'ouïe est abolie et le malade accuse des

sifflements et des bourdonnements. Le sommeil est assez bon. Le malade a moins de sueurs qu'à son entrée à l'hôpital. L'appétit revient un peu. La température est normale.

Le 2 mai. Le malade a encore une épistaxis, et le 3 une hémorrhagie par les gencives.

9 mai. Le matin, le malade a une épistaxis abondante. Il a été pris de frissons avec douleurs dans les lombes et vomissements. La température, qui était normale le matin, est brusquement montée à 40° le matin. De plus sur les membres inférieurs et au niveau de la région inguinale gauche, on trouve quelques taches de purpura avec cinq ou six papules disséminées sur la cuisse gauche, quelques papules semblables sur le dos, le thorax. A la face, trois ou quatre pétéchies. Température 40 le matin, 40,4 le soir.

10 mai. Pas de nouvelles hémorrhagies, mais aujourd'hui, les papules ont franchement l'aspect variolique et sont en plus grand nombre, surtout sur la face, sueurs abondantes. Température : 38,7 le matin, 38,9 le soir.

11 mai. Pas de nouvelles hémorrhagies. Plus de purpura. Plusieurs papules se sont transformées en vésicules varioliques. Nous sommes en présence d'une varioloïde non douteuse (1).

Le malade est transporté dans le pavillon d'isolement des varioleux. Il est soumis au traitement éthéro-opiacé : 30 gouttes de perchlorure de fer, 0,20 cent. d'extrait thébaïque, 2 injections d'éther.

Dans le cours de sa varioloïde, le malade n'a eu aucune hémorrhagie, aucune des vésicules n'a été hémorrhagique, celles-ci ont été peu nombreuses. Elles se sont montrées surtout à la face.

Le 16 mai, la varioloïde est à la période de dessiccation. Le traitement éthéro-opiacé est supprimé.

J... a bon appétit, il engraisse même, les signes stéthoscopiques ont plutôt diminué, l'écoulement de l'oreille a disparu ; l'ouïe revient peu à peu. Pas de nouvelles hémorrhagies jusqu'à sa sortie (19 mai).

Le 28 mai, son sang est examiné, les globules rouges sont un peu déformés, crénelés sur leurs bords. Ils sont au nombre d'environ 1,500,000 par millimètre carré. Il existe peu de globules blancs.

Le 31 mai et le 8 juin, le malade revient nous voir, il a eu seulement une épistaxis le 30 mai. L'état général est bon. L'ouïe est complètement revenue.

Le 25 juin, le malade entre de nouveau à l'hôpital pour une nouvelle poussée de purpura. Il a eu une épistaxis le 17 juin. Le 3 juillet, poussée de purpura aux deux jambes. Fièvre à 38°. Œdème des malléoles. Les lésions thoraciques font des progrès lents mais certains. Le ventre est un peu ballonné.

Le 5 juillet, malgré notre avis, le malade demande son *exeat*.

Depuis lors, nous ne l'avons point revu.

Réflexions. — L'observation précédente peut être l'objet de plusieurs remarques intéressantes.

Il s'agirait tout d'abord de préciser l'espèce de purpura hémorrhagique à laquelle nous avions affaire. C'est bien, il faut l'avouer, une tâche fort difficile dans l'état actuel de la science.

Depuis que Daniel Molière, dans le *Lyon médical* (1874), et plus récemment Lasègue, dans une de ses brillantes revues analytiques des *Archives de médecine* (1877), ont montré comment les faits englobés à tort et indistinctement sous la dénomination de *maladie de Werlhof* ou de *purpuras hémorrhagiques*, devraient être démembrés, un grand nombre de travaux ont été publiés sur les différentes variétés de purpuras.

Les uns, comme Henoch, MM. Couty, Faisans, ont assigné, dans la genèse de certaines formes de purpuras hémorrhagiques, un rôle prépondérant au système nerveux ; d'autres, comme autrefois Duriau et Max Legrand, M. Ferrand dans sa thèse, plus récemment MM. Léger, Constantin Paul, ont cherché à rattacher certains purpuras au rhumatisme, s'appuyant soit sur la coïncidence fréquente d'arthropathies ou d'œdèmes rappelant les mêmes accidents d'origine rhumatismale, soit simplement sur les antécédents de rhumatisme ou tout au moins d'arthritisme relevés chez les malades ; d'autres, comme Lasègue, tendent à considérer certaines variétés de *morbus maculosus* comme des formes atténuées de scorbut sporadique ; d'autres, enfin,

(1) Ce fait est le premier cas de varioloïde s'étant déclaré dans notre salle d'hommes à l'hôpital depuis le 1er janvier.

ont voulu créer une classe de purpuras infectieux, le poison pouvant tantôt porter d'emblée sur l'ensemble de l'économie, et la nature infectieuse se traduisant alors par un état typhoïde général, tantôt porter de préférence son action sur un organe et le purpura se montrant alors secondairement dans le cours de certaines maladies du foie (ictère grave), de l'endocardite ulcéreuse, etc.

Malheureusement les caractères assignés à chacune de ces variétés sont loin d'être précis et à l'abri de toute discussion. Bien souvent, tel auteur, guidé par une idée préconçue, fait rentrer dans une catégorie tel fait de purpura hémorrhagique que tel autre auteur, guidé par un point de vue différent, peut à aussi bon droit faire rentrer dans une catégorie voisine. En un mot, l'étude synthétique du purpura ou plutôt des purpuras hémorrhagiques est loin d'être achevée.

Récemment trois travaux, recommandables à divers titres, ont été tentés dans cette voie. Au mois de décembre dernier, M. Barthélemy publiait dans les *Archives* une note pour servir à l'histoire des purpuras; M. le docteur Mathieu, sous le nom d'*Essai de nosographie générale*, tentait, dans sa thèse inaugurale, une classification des purpuras hémorrhagiques; enfin notre collègue, M. Du Castel, résumait, il y quelques mois à peine, l'état de la question dans sa thèse d'agrégation sur les diverses variétés de purpuras. Tout en rendant justice à la valeur de ces travaux et à l'importance des documents qu'ils contiennent, il est permis de dire que de l'aveu même de leurs auteurs la question est loin d'être complètement élucidée, et qu'en présence d'un cas de purpura hémorrhagique, il est souvent bien difficile de le faire rentrer dans aucune des catégories admises par eux.

En l'espèce, par exemple, où classer l'observation précédente? L'influence du système nerveux pouvait tout d'abord être mise hors de cause; la bénignité de la maladie, le peu d'intensité de la fièvre, l'absence de tout état typhoïde, l'absence de tout symptôme en rapport avec une localisation du côté du foie, des reins, du cœur, etc., ne permettait pas de se rattacher à l'idée d'un purpura infectieux primitif ou secondaire. La marche de la maladie par poussées successives à la façon de certains pseudo-exanthèmes, aurait pu rapprocher notre cas de certains exanthèmes rhumatismaux; mais comment admettre un exanthème rhumatismal chez un individu ne présentant aucune douleur articulaire ni même musculaire, ne présentant même point d'œdème, et chez lequel nous ne pouvont déceler aucune trace de rhumatisme ou d'arthritisme ni dans ses antécédents personnels, ni même chez ses ascendants?

Peut-être, en raison des lésions, peu accusées il est vrai, du côté des gencives, pourrait-on rapprocher le fait actuel de certaines formes de scorbut sporadique à marche chronique que Lasègue fait rentrer dans l'histoire du morbus maculosus; mais l'apyrexie est indiquée comme un caractère presque constant, et, chez notre malade, chaque poussée de purpura était précédée par un mouvement fébrile. Ajoutons d'ailleurs que lors de son entrée et malgré l'existence de quelques signes de tubercules au sommet du poumon gauche, cet individu n'était nullement cachectique, et que rien dans ses antécédents, dans son régime, ne rappelait les conditions propres au développement du scorbut?

Sans nous arrêter plus longtemps à cette discussion, nous noterons seulement l'hémorrhagie par l'oreille gauche. C'est là une variété d'hémorrhagie tout à fait exceptionnelle, non seulement dans les purpuras hémorrhagiques, mais même en général dans les maladies à tendance hémorrhagique.

Nous avons hâte d'arriver au point qui me paraît le plus intéressant dans cette observation, c'est l'apparition, au cours même d'un purpura hémorrhagique, d'une varioloïde, les deux maladies ayant ensuite évolué d'une manière parallèle, quoique absolument indépendante.

Les auteurs se sont depuis longtemps occupés des rapports pouvant exister entre certaines formes hémorrhagiques de la variole et certaines espèces de purpuras.

Sous le nom de purpura contagiosa, Willan et Bateman distinguaient une variété de purpura hémorrhagique se rapprochant beaucoup par son mode d'invasion des pyrexies graves. On est d'accord aujourd'hui pour faire rentrer la plupart de ces faits dans l'histoire de la variole et pour les regarder comme une forme particulière de la variole hémorrhagique. Pendant certaines épidémies de variole hémorrhagique, on observe assez fréquemment des individus qui, après tous les symptômes de la période d'invasion de la variole, présentent une éruption de purpura, avec hémorrhagies nasales, rénales, pulmonaires, etc., et l'on peut voir la mort survenir du troisième au quatrième jour avant l'apparition de toute éruption variolique. Ces faits étaient sans doute beaucoup plus fréquents avant la découverte de la vaccine, et ils avaient été signalés par les anciens auteurs, Morton, Sydenham, Borsieri. On les a toutefois observés de nos jours dans certaines épidémies. Dans une épidémie de variole observée en 1848 par M. Mercier de Sainte-Croix et relatée dans l'*Union médicale* (1853), la variole pourprée s'est présentée sous deux formes. Dans l'une, le pourpre était manifestement secondaire, survenant pendant le cours de la maladie et sans aucune difficulté pour le diagnostic. Dans l'autre, les prodromes étaient plus intenses, de plus longue durée, mais le pourpre une fois sorti, la marche était foudroyante. Vers la même époque, M. Trastour, dans un travail inséré dans la *Revue médico-chirurgicale* (1855), signalait des faits semblables. Aujourd'hui tout le monde est d'accord pour ne voir dans ces faits de prétendus purpuras aigus contagieux que des formes primitivement hémorrhagiques de la variole, dans laquelle la mort est survenue avant l'époque ordinaire de l'éruption variolique dans les varioles malignes et irrégulières.

Notre observation présente, pour ainsi dire, la contre-partie de ces faits. Ici nous voyons un homme qui, en l'absence de toute influence épidémique spéciale, contracte une variole à l'hôpital; cet homme, avant et après sa varioloïde, présente plusieurs poussées successives de purpura, l'une de ces poussées coïncide même avec le début de sa varioloïde, et cependant chez lui ni primitivement ni secondairement la maladie ne revêt la forme hémorrhagique.

Ce fait n'est-il point de nature à montrer que dans l'étiologie de la variole hémorrhagique, l'importance des causes extrinsèques prime de beaucoup l'importance des causes intrinsèques. Sans nier donc l'influence des mauvaises conditions individuelles (fatigues, surmenage, émotions morales, alcoolisme, absence de vaccination antérieure), il est certain qu'au-dessus d'elle existe une influence supérieure, quelque nom que l'on veuille lui donner, constitution médicale ou génie épidémique. C'est en vertu de cette cause que tantôt la variole revêtira la forme hémorrhagique chez un grand nombre d'individus à la fois, même les plus robustes; que tantôt, au contraire, elle épargnera ceux qui, comme notre malade, y semblent le plus prédisposés.

Notons, d'ailleurs, qu'au point de vue du diagnostic et bien que l'apparition des premières papules varioliques ait coïncidé avec une éruption purpurique, nous pûmes prévoir la marche régulière de la varioloïde. L'absence de rash hémorrhagique plaidait, dès le début, contre l'hypothèse d'une variole hémorrhagique, et, en effet, non seulement il ne se produisit aucune hémorrhagie par les différentes muqueuses pendant le cours de la varioloïde, mais les pustules elles-mêmes évoluèrent d'une façon absolument régulière, et ne présentèrent dans leur intérieur aucune trace d'hémorrhagie ni primitive ni secondaire.

Rétrécissement de l'artère pulmonaire (préartériel). — Communication inter-ventriculaire. — Tuberculisation pulmonaire. — Mort (1).

Par M. MOUTARD-MARTIN (Robert), médecin du Bureau central.

Denseau (Clarisse), âgée de 20 ans, est entrée à l'hôpital Lariboisière le 10 septembre 1881 (salle Sainte-Élisabeth, n° 16).

Cette jeune fille accuse des palpitations violentes et une douleur dont elle ne saurait préciser la nature. Cette douleur, qui occupe la région précordiale, a augmenté très-sensiblement depuis sept ou huit mois; elle est passagère, revient plusieurs fois dans une même journée, mais ne présente aucune relation avec le moment où se manifestent les palpitations.

La malade nous apprend que depuis l'âge de 7 à 8 ans, et sans aucune attaque rhumatismale, sans chorée ni maladie infantile antérieures, elle souffre souvent de palpitations, qui s'accusent surtout pendant les efforts, la marche, etc.

Rien dans les antécédents personnels ne paraît à noter, au point de vue de l'hérédité, nous remarquerons seulement que la mère, morte il y a dix-sept ans, aurait été enlevée à 22 ans par une maladie de poitrine et que la même affection paraît avoir emporté son père il y a sept ans.

10 septembre 1881. Le jour de son entrée à l'hôpital, on remarque, malgré une respiration pénible, fréquente et haute, l'absence complète de toute teinte cyanotique sur le visage, les lèvres et les extrémités; les ongles des mains et ceux des pieds n'offrent ni coloration violacée ni déformation en massue.

La malade est de petite taille; elle a les yeux et les cheveux noirs; les seins sont normalement développés. Les règles se sont établies à 16 ans et sont apparues assez irrégulièrement depuis cette éqoque.

Au mois de mars 1880, la malade a fait une fièvre muqueuse qui dura deux mois. Au mois de mai de cette année, quelques crises hystériformes se sont manifestées.

Mais, en 1879, elle a eu un rhume très tenace qui se prolongea pendant tout l'hiver, et jusqu'au mois de mai elle ne présenta aucune hémoptysie; mais, cependant, un amaigrissement notable fut bientôt facile à reconnaître, et depuis elle a conservé de l'essoufflement, et présente souvent quelque indisposition.

Il y a trois mois, elle consultait un médecin qui parla d'anévrysme et lui conseilla l'usage de la digitale.

Aujourd'hui, l'examen du cœur permet de constater d'abord une voussure très légère de la région précordiale. La main appuyée à ce niveau perçoit un frémissement cataire très prononcé, très rude, lequel a son maximum dans le deuxième espace intercostal gauche, à un centimètre et demi en dehors du sternum, et se constate encore, quoique moins nettement, dans le troisième espace intercostal. Il peut être perçu dans une étendue qui mesure six centimètres de diamètre.

Le pouls qui bat à 88 est régulier, mais petit, et cependant l'impulsion violente du cœur et les battements énergiques des carotides frappent au premier coup d'œil.

La pointe du cœur bat à 13 centimètres de la ligne médiane dans le cinquième espace intercostal.

L'auscultation permet d'entendre au premier temps un souffle extrêmement rude et râpeux, dont le maximum est très nettement dans le deuxième espace intercostal gauche, à 2 centimètres en dehors du sternum. Ce bruit de souffle, qui se propage vers l'aisselle et l'épaule du même côté, couvre toute la face antérieure. Son intensité est telle qu'on peut l'entendre dans toute la poitrine, quel que soit le point où l'on applique l'oreille. Le décubitus n'en modifie pas sensiblement les caractères. A peine un effort prolongé l'atténue-t-il légèrement.

Le deuxième bruit de la base et les deux bruits de la pointe sont nets et bien frappés.

Du côté des poumons, on ne perçoit aucun râle, aucune rudesse notamment du côté des sommets examinés avec le plus grand soin; aussi le traitement institué se compose-t-il de toniques, vin de quinquina, poudre de fer et de cannelle, douches froides.

Ce traitement était destiné, tout en relevant les forces, à faire voir s'il ne fallait pas attribuer au souffle, si caractéristique du rétrécissement de l'artère pulmonaire, une certaine augmentation due à l'état anémique de la malade.

Au bout de quinze jours, l'état général était peu modifié, et l'état local ne l'était en aucune manière.

Mais, le 25 septembre, la malade se plaignit d'un point de côté très violent à droite,

(1) J'ai présenté à la Société médicale des hôpitaux, en 1881 (novembre), la malade dont l'observation va suivre.

au-dessous du sein, exagéré très notablement par la pression et par une toux sèche, fort pénible, qui revenait souvent.

On constate alors dans les deux tiers inférieurs du poumon droit de la matité et du silence respiratoire, mais il n'y a ni souffle ni égophonie. Cette pleurésie n'aurait-elle pas eu pour cause le traitement par les douches froides auquel la malade a été soumise depuis son entrée?

Pendant huit jours, la température est restée peu élevée, à 38°. Cependant, le 7 octobre, survient une nouvelle poussée et la température dépasse 39°. A ce moment, on trouve du côté droit du thorax une matité plus étendue en haut, du souffle et une égophonie, douteuse seulement, au-dessous de l'épine de l'omoplate et en dehors.

Le 11 octobre, la température redescend à 38° pour redevenir normale au bout de peu de jours. A cette date, les phénomènes locaux ont sensiblement diminué.

Au mois de novembre, l'examen du cœur donne les résultats suivants : la pointe bat dans le cinquième espace intercostal à 13 centimètres de la ligne médiane; le bord vertical du cœur est à un centimètre à droite du sternum.

A l'auscultation, on trouve un bruit de souffle systolique, très rude, couvrant toute la face antérieure du cœur, à gauche du sternum. D'une intensité déjà très grande à la pointe, il va en augmentant le long du sternum, et devient de plus en plus fort et vibrant à mesure qu'on se rapproche du foyer de l'artère pulmonaire. Son maximum se trouve dans le deuxième espace intercostal gauche à 2 centimètres du sternum; à ce point existe un frémissement cataire très prononcé.

Le souffle commence avec la systole, dure tout le long de la systole et se termine au claquement signoïde.

A l'aorte et à l'appendice xiphoïde, le même bruit est entendu à distance; il l'est également dans toute la poitrine.

Suivant que la malade est assise ou couchée, le souffle présente quelque différence.

C'est ainsi qu'il est un peu moins intense dans la position assise. Lorsque la malade fait un effort, un arrêt respiratoire, le souffle diminue légèrement après quelques révolutions cardiaques, mais il ne disparaît jamais complètement (sans doute à cause de sa grande intensité).

M. Constantin Paul, qui reprit le service au commencement de novembre, accepta et confirma le diagnostic que j'avais porté : rétrécissement de l'artère pulmonaire; puis je cessai de voir la malade. Ce fut à ce titre que, en novembre 1881, je présentai cette jeune fille à la Société des hôpitaux.

Je dois à l'obligeance de M. Constantin Paul les renseignements relatifs à la suite et à la terminaison de la maladie, ainsi que la relation de l'autopsie à laquelle j'ai pu assister.

Les symptômes de tuberculisation pulmonaire se sont manifestés dans le commencement de l'année 1882; ils se sont accentués de plus en plus; enfin des excavations se sont produites aux deux sommets. La température locale, notée le matin, du 7 au 22 juin, jour de la mort, a été :

	Sous la clavicule droite.	Sous la clavicule gauche.
7 juin.	34,8	35,8
8 —	33,8	34,9
9 —	34,2	35,4
10 —	37	36
11 —	36	34
12 —	35,8	34,2
13 —	36,8	35
14 —	37	35,4
15 —	37,8	36,2
16 —	30,8	29,8
17 —	32,8	31
18 —	32	29,8
19 —	31,2	29
20 —	31,2	29,2
21 —	37	35,8
22 —	36,4	35

La recherche des bacilles a dénoté leur présence en grand nombre.

Enfin, les phénomènes thoraciques progressant avec une grande rapidité, la malade succomba sans que les signes et les symptômes de son affection cardiaque eussent été sensiblement modifiés. On remarqua seulement, vers le mois de février 1883, que le maxi-

mum du bruit de souffle semblait s'abaisser au troisième espace intercostal, et M. Constantin Paul pensa par suite que la lésion cardiaque progressait de l'orifice de l'artère pulmonaire vers l'infundibulum.

L'autopsie fut pratiquée le 24 juin, et voici ce que nous trouvâmes :

Poumons : Les deux poumons sont malades. On reconnaît à la rougeur que le processus a été suraigu. Le poumon gauche est plus atteint que le droit. Une coupe pratiquée dans le lobe supérieur montre à son sommet deux cavernes du volume de grosses noisettes et accompagnées de cavernes plus petites dans les parties sous-jacentes. Tout le lobe supérieur est criblé de cavernes, et dans les intervalles se trouvent des îlots de pneumonie caséeuse. Dans les lobes inférieurs, mêmes lésions moins avancées; il n'y a pas encore de cavités en ces points.

Le poumon droit présente des adhérences en arrière dans la moitié supérieure. Mêmes lésions qu'à gauche, mais moins avancées. Une large caverne se trouve au sommet. On rencontre des ganglions gros et nombreux autour de la trachée, au niveau de la bifurcation. Les ganglions sont tuméfiés et présentent des traces de tubercules.

Péricarde sain; il renfermait deux cuillerées de sérosité.

Cœur petit, n'offrant pas de disproportion pathologique entre les deux ventricules. Une ou deux plaques laiteuses à sa surface.

Le ventricule droit n'offre pas le volume auquel on s'attendait. Il y a hypertrophie des parois, qui ont acquis 1 centimètre d'épaisseur et même plus à la face antérieure. Une coupe est pratiquée. On trouve à la partie antérieure du ventricule droit une cicatrice très épaisse, large comme une pièce de vingt sous, traduisant un foyer ancien de myocardite et amenant un rétrécissement considérable du commencement de l'infundibulum. L'extrémité du petit doigt peut seule pénétrer dans l'orifice que présente cette coarctation. Au-dessus, l'infundibulum est normal ainsi que l'orifice de l'artère pulmonaire. Les valvules sont saines. Le pourtour de l'orifice est de 70 à 72 millim.

Il résulte de cette disposition que le sang provenant de l'oreillette droite, nullement gêné par la valvule tricuspide saine, ne trouvait, pour entrer dans l'infundibulum, qu'un conduit du volume du petit doigt.

Il s'agit donc ici d'un rétrécissement préartériel, suite de myocardite, distant d'un bon centimètre de l'orifice de l'artère pulmonaire, et expliquant suffisamment les bruits observés, en particulier l'intensité du bruit dans le troisième espace intercostal.

A côté de cette lésion, il en est une autre tout à fait imprévue et révélée par l'autopsie. C'est un orifice de communication entre les deux ventricules, situé immédiatement au-dessous de la cicatrice et s'ouvrant dans le ventricule gauche. immédiatement au-dessous des valvules aortiques. Du côté du ventricule gauche, cet orifice est entouré d'une cicatrice épaisse résultant de l'endo-myocardite.

Cœur gauche : L'orifice mitral est sain; les valvules le sont également. Rien à l'orifice aortique. Il résulte de la communication, qu'à chaque systole, une partie du sang rouge devait refluer dans le ventricule droit, si bien que la circulation de l'artère pulmonaire, réduite d'une part par le rétrécissement, était renforcée d'un autre côté par l'impulsion donnée à ce sang par la contraction du ventricule gauche. Il y avait par suite une compensation largement établie.

En résumé, l'autopsie nous a montré que le diagnostic avait erré, en ce sens que le rétrécissement est situé au-dessous du point qu'on supposait primitivement atteint; elle nous a permis de constater que le rétrécissement est préartériel, qu'il occupe l'infundibulum et non l'orifice de l'artère pulmonaire. Et enfin elle nous a fait reconnaître l'existence d'une communication des deux cœurs, lésion qui n'avait pas été diagnostiquée pendant la vie de la malade.

Et cependant, malgré la coexistence de ces deux altérations, l'évolution de la maladie a été absolument identique à celle qui appartient au rétrécissement de l'artère pulmonaire avec phthisie consécutive.

L'absence de cyanose, malgré la communication des deux ventricules, rattache cette observation à celles, assez nombreuses aujourd'hui, dans lesquelles ce symptôme négatif s'est rencontré.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 août 1883. — Présidence de M. MILLARD.

SOMMAIRE : Correspondance. — Discussion sur la revaccination obligatoire des élèves et des infirmiers dans les hôpitaux : MM. Millard, Moutard-Martin, Desnos. — Eloge de M. Parrot, par M. Millard. — Discussion sur le pansement chez les opérés de l'empyème : MM. Dumontpallier, Moutard-Martin, Debove. — Communication sur la spléno-pneumonie, par M. Grancher. Discussion : MM. Du Castel, Grancher, Cadet de Gassicourt, Guyot, Ferrand. — Communication de M. Cornil sur le siège des microbes dans la variole, la vaccine et l'érysipèle. — Présentation de pièces relatives à un cas de rétrécissement préartériel de l'orifice pulmonaire, par M. R. Moutard-Martin. — Elections.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée : Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique de France. — Premier Congrès des médecins grecs. — *Gazette médicale de Nantes.* — *Lyon médical.* — *Bulletin* de l'Académie royale de Belgique. — Sur la fièvre typhoïde traitée par l'hydrothérapie, par A. Dumas (de Cette). — *Gaz. médicale de Picardie.* — *Annales* des maladies des organes génito-urinaires. — *Gaz. médico-chirurgicale de Toulouse.* — *Journal de thérapeutique de Gubler.*

A propos du procès-verbal, M. MILLARD fait part de sa démarche auprès du directeur général de l'Assistance publique concernant le certificat de revaccination à demander aux candidats pour l'externat. Ce certificat, qui comporte une légère modification aux règlements, sera exigible dès cette année; une affiche spéciale en avertira les élèves.

Quant aux employés, infirmiers et infirmières, la même mesure leur sera appliquée; des instructions positives seront données dans tous les hôpitaux.

Mais l'Administration ne saurait étendre son règlement aux stagiaires ou aux élèves qui ne dépendent pas directement de son ressort.

M. MOUTARD-MARTIN : Je trouve en effet la mesure excellente pour les externes et pour les serviteurs; mais les stagiaires dépendent uniquement de la Faculté, et l'Administration n'a qu'à constater leur présence.

M. DESNOS : La question de la revaccination des stagiaires ne peut être résolue, en effet, que d'un commun accord entre le doyen de la Faculté, et le directeur de l'Assistance publique.

M. MOUTARD-MARTIN annonce que l'incident relatif à la question des accoucheurs étant terminé, il a cru devoir retirer sa démission. Il reçoit l'approbation de ses collègues.

—

M. MILLARD, président, retrace, en quelques lignes, dans le discours suivant, la vie de M. Parrot que la Société vient de perdre :

Messieurs, j'ai une communication douloureuse à faire à la Société.

La mort impitoyable ne se lasse pas de nous infliger les pertes les plus cruelles. Après Archambault, voici notre éminent collègue et mon cher ami Parrot qui nous est enlevé par une longue et douloureuse maladie, que n'ont pu conjurer les efforts de la science la plus élevée unie à l'amitié la plus touchante et à un dévouement poussé jusqu'aux plus rares sacrifices.

Ce n'est pas la première fois que Parrot avait donné de grandes inquiétudes à ses amis. Déjà, au sortir de l'internat, nous l'avions vu maigrir, perdre ses forces et sa voix, et menacé des plus graves accidents. Le climat de l'Algérie lui avait heureusement rendu la santé et la plénitude de ses belles facultés, et, en 1860 et 1862, il avait rapidement conquis par d'éclatants concours les titres d'agrégé et de médecin des hôpitaux.

Ce n'est pas le moment de retracer ici la brillante carrière scientifique qu'il a parcourue dans les vingt années qui ont suivi. Il me suffira de rappeler les réformes importantes qu'il apporta dans les services de l'hôpital des Enfants-Assistés, les améliorations qu'il introduisit dans le régime et l'hygiène des pauvres petits êtres confiés à ses soins, les laboratoires qu'il créa dans cet établisement, les recherches minutieuses et persévérantes qu'il y entreprit avec de jeunes et distingués collaborateurs, ses études si complètes sur l'atrepsie qui constituent un véritable et impérissable monument scien-

tifique, ses découvertes si précieuses et absolument nouvelles sur la syphilis infantile héréditaire, et enfin la campagne qu'il entreprit et soutint partout avec une si chaleureuse conviction afin de démontrer l'origine syphilitique du rachitisme.

Tant de travaux que rehaussait un grand talent d'exposition, désignaient depuis longtemps Parrot aux suffrages de la Faculté. Il succéda tout naturellement à Lorain, cet autre savant si ingénieux et si original; mais il ne fit que passer à la chaire de l'histoire de la médecine, pour venir occuper à sa fondation la chaire de clinique des maladies infantiles qui semblait créée exprès pour lui, et à laquelle il avait tous les droits. Il s'y consacra tout entier; et c'est là sans doute que, trop prodigue de ses forces, il contracta le funeste germe de la maladie qui devait l'emporter, et qui prive le corps médical français d'un de ses plus éminents représentants et le pays d'un de ses enfants les plus laborieux et les plus distingués.

Parrot a demandé à être enterré dans son pays natal, auquel il était fort attaché. Nous n'avons donc pas pu lui rendre les derniers devoirs; mais que du moins il reçoive ici, avec l'expression des regrets unanimes de ses collègues, l'hommage de leur profonde estime et de leur sincère admiration pour une existence si bien remplie.

—

M. Dumontpallier : Le malade dont j'ai parlé quand il s'est agi des pansements rares après l'opération de l'empyème est guéri; mais il a présenté, au vingt et unième jour après l'opération, une *crise épileptiforme* pendant l'un des lavages. C'est là un accident que je crois utile à signaler.

M. Moutard-Martin : Cet accident est si exceptionnel que je demanderai à M. Dumontpallier combien de fois il l'a observé. Pour ma part, dans les nombreuses opérations d'empyème que j'ai pratiquées, je n'ai jamais eu occasion de l'observer. Cela tient sans doute à ce que le liquide que j'injecte dans la plèvre a toujours la faculté de sortir au fur et à mesure qu'il est injecté, le courant étant facile à établir pourvu qu'on ne laisse pas dans la plaie un tube unique.

M. Dumontpallier : Cet accident est la conséquence de la distension de la cavité pleurale ou de l'injection faite avec trop de violence. — J'emploie ordinairement un seul tube et je ne puis avoir qu'un seul courant, tandis que M. Moutard-Martin en applique simultanément deux ou trois. Sur dix-sept ou dix-huit cas d'empyème que j'ai pratiqués, j'ai observé trois fois, dans les mêmes conditions, cette crise épileptiforme; j'ai un quatrième malade chez lequel, bien qu'il n'y ait plus qu'un trajet fistuleux pleuro-cutané, j'amène des vertiges en poussant une injection un peu forte, et je ne doute pas que, si je voulais insister, j'irais jusqu'à déterminer une véritable attaque épileptiforme causée par la distension exagérée de la cavité pleurale.

M. Moutard-Martin : Le nombre de mes opérations d'empyème est de 86 ou 87 environ. Jamais je n'ai observé quoi que ce soit, pendant mes lavages, qui ressemble à une attaque épileptiforme; mais, pour ces lavages, je me sers d'un gros irrigateur, de la contenance de trois à quatre litres, muni d'un ressort puissant qui me permet d'établir un courant fort et rapide sans tension exagérée de la cavité, parce que les trois ou quatre gros tubes introduits dans la plaie assurent en toute circonstance la liberté de l'écoulement.

M. Debove : Je demanderai à M. Dumontpallier pourquoi il a cru devoir pratiquer des lavages chez son malade?

M. Dumontpallier : J'ai établi chez mon malade des pansements rares, à la demande de mon interne. Pendant quelques jours, le malade ne présentant point de fièvre, le pansement n'étant point mouillé, je n'y ai point touché; mais la suppuration ayant traversé les pièces de pansement au septième jour, j'ai tout enlevé et commencé les lavages que j'ai repris, dans les mêmes conditions, toutes les fois que je voyais le pansement mouillé, tous les quatre, cinq et même huit jours. C'était une méthode nouvelle que j'employais; je ne voulais point me l'imposer dans toute sa rigueur.

M. Debove : C'est là une méthode mixte, c'est même une méthode ancienne. Aujourd'hui on fait des injections aussi rarement que possible, et on n'en fait plus quand le pus qui s'écoule de la plèvre est un pus franc, sans odeur fétide; en un mot, on agit ici comme avec un abcès ordinaire, qui, une fois incisé, est pansé une seule fois avec un pansement antiseptique. Ce qu'il faut aujourd'hui, c'est inciser de très bonne heure quand il est reconnu qu'une pleurésie est purulente. Les lavages doivent être réservés exclusivement aux cas où le pus obtenu offre de la fétidité.

M. Grancher fait une communication sur un cas de spléno-pneumonie.
(Sera publié.)

M. Du Castel : Il semble, d'après la description que nous donne M. Grancher, qu'il s'agisse ici d'une sorte de broncho-pneumonie; mais, s'il y a réellement un exsudat purulent abondant dans les alvéoles pulmonaires, on comprend difficilement, d'une part pourquoi les ponctions ont donné de l'air, d'autre part pourquoi l'expectoration était nulle.

M. Grancher : Je n'ai pas, dans l'espèce, d'autopsie pour répondre; cependant, comment expliquer cette matité sans exsudat? Quant aux bulles d'air, ne savons-nous pas qu'on peut toujours en obtenir quelques bulles même en pleine pneumonie massive?

M. Cadet de Gassicourt : Je crois avoir rencontré des faits de broncho-pneumonie analogues, dans lesquels, en faisant respirer fortement les malades, on obtenait des râles crépitants fins avec diminution des vibrations thoraciques et une respiration légèrement soufflante.

M. Guyot : Cette splénisation qui persiste après un mois de traitement me ferait croire, comme à M. Blachez, qu'il s'agit ici d'un épanchement gélatiniforme pleural.

M. Grancher : M. Blachez a peut-être raison; mais, comme le poumon n'est qu'à 8 ou 9 millimètres de la peau, chez le sujet qui a des parois épaisses, il faudrait un épanchement gélatiniforme qui ne dépassât guère 2 à 3 millimètres d'épaisseur, ce qui serait insuffisant pour expliquer l'absence des vibrations thoraciques et le souffle bronchique. Pour abréger la durée de la maladie, je n'ai point appliqué de vésicatoires, parce que je suis convaincu de leur inutilité. M. Rigal pensait à une durée plus courte ; mais, quoique j'accepte qu'il y a des spléno-pneumonies, de courte durée, j'ai toujours pensé qu'il n'en serait pas de même dans le cas actuel.

M. Ferrand : Ne pourrait-on pas supposer, dans le cas de M. Grancher, qu'au lieu d'une spléno-pneumonie, il s'est fait une pneumonie suppurée? J'ai vu, il y a quinze jours un cas analogue, dans lequel l'infiltration grise et œdémateuse du poumon suppuré mettait le parenchyme pulmonaire dans des conditions physiques absolument comparables à celles de la splénisation pulmonaire.

M. Grancher : Le cas de M. Ferrand confirmerait ce que j'ai dit. Il est tout naturel qu'on rencontre, en dehors de la spléno-pneumonie, des conditions physiques analogues, se révélant par les mêmes signes. Ce que je tiens, en définitive, à faire ressortir, c'est que dans le groupe confus des hyperémies pulmonaires, il existe une affection particulière, remarquable par son début, par sa marche, par un ensemble clinique spécial qui permet de la mettre aussi dans un cadre tout particulier.

—

M. Cornil fait une communication sur le siège des microbes dans la variole, la vaccine et l'érysipèle. (Voir *Union méd.* du mardi 30 octobre.)

—

M. Moutard-Martin présente des pièces relatives à un cas de rétrécissement préartériel de l'orifice pulmonaire. (Voir plus haut.)

—

MM. Letulle et Chauffard sont nommés titulaires de la Société.
— La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire, Duguet.

Séance du 12 octobre 1883. — Présidence de M. Millard.

Sommaire : Mort de M. Homolle père. — Correspondance imprimée. — Correspondance manuscrite. — Présentation d'ouvrages. — M. Martineau : *De la syphilis du singe* (quatrième note). — M. Rathery : *Observation de purpura hémorrhagique. Varioloïde intercurrente.* — M. J. Guyot : *Myosite suppurée suraiguë.*

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Millard exprime au nom de la Société tous les regrets causés par la perte de M. Homolle père, qui est mort subitement pendant les vacances.

Correspondance imprimée. — *Marseille médical.* — *Annales de gynécologie.* — *Bulletins de la Société anatomique.* — *Annales des organes génito-urinaires.* — *Journal de médecine*

de Paris. — *Revue médicale.* — *Union médicale et scientifique du Nord-Est.* — La *Tribune médicale.*— *Bulletin des travaux de la Société médico-pratique de Paris.* — *Bulletin médical du Nord.* — *Journal de thérapeutique* de Gubler. — La *France médicale.* — *Compte rendu* des travaux de la Société de médecine de Toulouse. — *Lyon médical.* — *Archives de médecine et de pharmacie militaires.* — *Journal d'hygiène.* — *Journal médical quotidien*, etc.

Correspondance manuscrite. — Lettre de remerciements de MM. Letulle et Chauffard, nommés membres titulaires dans la dernière séance.

Présentation d'ouvrages.

M. Martineau : Messieurs, j'ai l'honneur de faire hommage à la Société médicale des hôpitaux d'un exemplaire de mes *Leçons sur les déformations vulvaires et anales produites par la masturbation, le saphisme, la défloration et la sodomie.*

En choisissant cette année cette question qui avait déjà fait l'objet de mes leçons pendant l'année 1880, j'ai été guidé par les raisons suivantes :

D'abord ces déformations deviennent d'une fréquence extrême. Depuis que mon attention est appelée sur ce sujet, depuis que ma pratique gynécologique augmente, il n'est pas de jours où je ne constate ces déformations. Pour vous donner une idée de cette progression, il me suffit de vous dire que sur 1770 observations recueillies depuis deux ans, j'ai relevé 500 cas de déformations vulvaires ou anales produites par le saphisme, la masturbation ou la sodomie.

Cette fréquence vous montre toute l'importance qu'il y a pour le médecin de bien connaître ces déformations, d'autant plus que les actes qui les produisent, notamment la masturbation et le saphisme, exercent une influence pernicieuse sur l'évolution de la métrite en provoquant non seulement une exacerbation de tous les symptômes, mais encore des rechutes fréquentes de cette affection; d'autant plus que ces actes produisent de funestes effets sur le système nerveux et sur les métrites; d'autant plus, enfin, qu'ils donnent lieu à des accidents locaux parfois d'une grande gravité.

J'ai encore été conduit à traiter à nouveau ce sujet, parce que j'ai reconnu que, lors de ma première description des signes qui caractérisent ces déformations, je n'avais pas assez insisté sur quelques-uns et que j'en avais méconnu quelques autres tout aussi significatifs que les premiers.

Tout en me livrant à ces nouvelles études, aussi intéressantes pour le médecin que pour le moraliste, j'ai recueilli de nombreux documents sur les conditions étiologiques qui favorisent les actes libidineux ou contre nature produisant ces déformations. De ces documents destinés à un livre sur la prostitution clandestine qui paraîtra vers la fin de l'année, j'en ai distrait ceux qui se rapportent au saphisme. Aussi m'a-t-il été permis de démontrer, fait ignoré jusqu'à ce jour, l'existence d'une prostitution du saphisme, constituant ainsi une des formes de la prostitution au même titre que la pédérastie et le coït vaginal. (*A suivre.*)

JOURNAL DES JOURNAUX

Rash morbilliforme dans la fièvre typhoïde, par le docteur Walter Beewi. — Le docteur Whophani a signalé des éruptions de rash scarlatiniforme dans le cours de la dothiénentérie. Ces exanthèmes peuvent avoir l'aspect morbilleux, et le docteur Beewi a observé un cas de cette nature chez une infirmière qui avait contracté cette maladie en donnant des soins à deux typhiques. L'éruption se manifesta trois jours après le début de l'hyperthermie; son apparence était celle de la rougeole, et sa disparition eut lieu par délitescence et sans desquamation. Plusieurs fois déjà, l'auteur a eu l'occasion de remarquer que les dermatoses de la fièvre typhoïde n'aggravent ni la terminaison ni le pronostic de cette affection. (*The British med. Journal*, 19 mars 1883, p. 956.) — L. D.

État du foie dans l'asystolie des alcooliques, par M. Albert Mathieu. — Dans ce mémoire, l'auteur a montré que les alcooliques sont exposés à l'asystolie à cause de la déchéance nutritive de leurs organes, et surtout du système cardio-vasculaire. Chez ces malades, les lésions du foie ont une incontestable importance dans l'évolution de l'asystolie; souvent même l'apparition de celle-ci est précédée par une poussée congestive hépatique avec ictère et même avec ascite. Enfin, on observe aussi alors des troubles cérébraux qu'on peut attribuer soit à l'alcoolisme, soit à l'urémie, soit encore à l'ictère grave. De là l'utilité des purgatifs drastiques et de l'eau-de-vie allemande pour combattre ces poussées congestives et l'importance de mettre les malades au régime lacté. (*Archives gén. de méd.;* juillet 1883.) — L. D.

FORMULAIRE

Solution contre la kératite ulcéreuse. — Carré.

Infusion de camomille très chaude . . . . 200 grammes.
Acide borique pulv. . . . . 8 —

Faites dissoudre. — Dans la kératite accompagnée d'une petite ulcération sans hypopion ou avec hypopion léger, on applique sur l'œil malade, trois ou quatre fois par jour, et un quart d'heure chaque fois, des compresses imbibées de cette solution. Ces applications sont suivies d'instillations d'atropine. Si l'ulcère n'est pas amélioré au bout de quelques jours de ce traitement, on en touche le fond au moyen d'une pointe de feu, après avoir écarté les paupières et fixé le globe.

Dans le cas où il existe un petit ulcère avec hypopion abondant, on commence par évacuer l'hypopion, puis on pratique la cautérisation ignée. — Enfin, quand l'ulcère est moyen, c'est-à-dire quand son diamètre mesure de 2 à 4 millimètres, le mieux est de recourir à l'opération de Sœmisch. Après la section, la douleur est presque immédiatement supprimée, l'ulcération se limite, et la réparation ne tarde pas à se produire. — N. G.

COURRIER

Faculté de médecine. — M. Richelot, professeur agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie externe le mardi 13 novembre, dans l'amphithéâtre Laennec, à 5 heures du soir, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants. — Sujet du cours : maladies chirurgicales du tube digestif.

— M. le professeur Cornil commencera son cours le mercredi 14 novembre dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine à 5 heures du soir et le continuera les lundis et mercredis suivants. Les vendredis à 1 heure 1/2, leçon de démonstration à l'école pratique, 42, rue Lhomond. — Sujet du cours : Lésions anatomiques de la peau, du système circulatoire et respiratoire.

Faculté de médecine. — M. le professeur Potain commencera son cours de clinique médicale le lundi 12 novembre à l'hôpital Necker.

Société de médecine légale. — La Société reprendra ses séances le lundi 12 novembre 1883, à 4 heures *très précises* au Palais de Justice (Salle d'audiences de la 5e chambre du tribunal civil).

Ordre du jour. — I. Note de M. Mascarel, membre correspondant, sur la valeur de la sécrétion lactée, en médecine légale. — II. Suite du rapport de M. Pénard, sur les travaux de la Société médico-légale de New-York. — III. Discussion sur la question de savoir si les pharmaciens sont autorisés à exécuter plusieurs fois la même prescription sans nouvelle ordonnance d'un médecin. — IV. Communication de M. Lutaud, sur la vente des médicaments par les médecins. — V. Les aliénés et la sécurité publique. — VI. La fécondation artificielle.

— L'Académie des sciences s'est réunie le lundi 5 novembre 1883, en comité secret, pour la discussion des titres des candidats à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie, par suite du décès du baron J. Cloquet.

A la suite d'une longue discussion, elle a décidé de placer sur la liste de présentation : En première ligne : M. Charcot. — En deuxième ligne : M. Sappey. — En troisième ligne : M. Hayem.

L'élection aura lieu lundi prochain 12 novembre 1883.

Conseil de surveillance de l'Assistance publique. — Aux termes d'un décret rendu le 16 octobre, MM. les docteurs Robinet et Georges Martin, conseillers municipaux, sont nommés membres du conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris, en remplacement de MM. Thulié et Sigismond Lacroix, conseillers municipaux démissionnaires.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, r..e de Lafayette.

Sommaire

De l'occlusion génitale dans les fistules vésico-vaginales compliquées.

25 août 1882.

Messieurs,

Deux jeunes femmes sont en ce moment couchées dans la salle Notre-Dame (n° 20 et n° 11), portant la même lésion et toutes deux également dignes de pitié, car leur infirmité est de celles qui rendent la vie presque insupportable. La première, Marie Sylvestre, âgée de 22 ans, est accouchée pour la première fois l'année dernière, le 17 juin; travail prolongé, application de forceps et fistule vésico-vaginale, ces trois mots résument son histoire. Vous savez tous que la pression de la tête, dans les accouchements dystociques, produit souvent des eschares de la paroi vésico-vaginale, et après elles une communication plus ou moins large entre les deux cavités. La seconde, Eugénie Fox, âgée de 20 ans, est accouchée le 7 mars de cette année d'un enfant volumineux, après dix-huit heures de travail : même résultat.

Une malheureuse affligée de la sorte, perdant ses urines, exhalant une odeur fétide, obligée de se garnir à grand'peine, réduite à laisser tout travail suivi, toute relation, objet de dégoût pour ceux qui l'approchent, endure un véritable supplice et devient vite une désespérée. Aussi, après les multiples et ingénieuses tentatives de l'Ecole française, faut-il savoir gré aux américains Hayward, Marion Sims, Bozeman, etc., d'avoir mis entre nos mains des procédés nouveaux qui, pour avoir des précurseurs en Allemagne et en France, n'en méritent pas moins de porter leurs noms, car ils ont doté la chirurgie d'une puissance inconnue jusqu'alors et l'ont affranchie d'une de ses plus cruelles humiliations. Depuis leurs travaux, la guérison des fistules vésico-vaginales est fréquente. Vous savez que l'opération américaine consiste à faire un avivement en surface de la muqueuse vaginale autour de la fistule au lieu d'un avivement vertical de ses bords, et à passer les fils dans l'épaisseur de la cloison en respectant la paroi vésicale. Je n'insiste pas sur les avantages de cette conduite, non plus que sur les autres moyens destinés à consolider la suture; il s'agit malheureusement, chez nos deux malades, de lésions étendues et complexes, devant lesquelles l'Amérique elle-même est obligée de baisser pavillon.

En effet, pour traiter *directement* la fistule avec des chances de succès, il faut que la souplesse des parois vaginales permette de l'aborder, que la solution de continuité n'ait pas des dimensions excessives, que ses bords soient assez mobiles pour être mis au contact. L'opération américaine a triomphé de grands obstacles et réparé des pertes de substance au premier abord inaccessibles; cependant, il y a des limites qu'elle ne peut dépasser sans courir au-devant d'un échec. Pour vous en convaincre, il me suffira de vous rappeler ce que nous avons vu tout à l'heure en examinant nos deux malades.

Chez Marie Sylvestre, les organes génitaux externes ont leur aspect normal; un érythème léger occupe la face interne des cuisses. En écartant les grandes lèvres, le méat urinaire est à sa place; le doigt explorateur s'engage dans un vagin qui semble étroit, sans souplesse, et pénètre immédiatement dans une cavité où il se perd et cherche vainement le col utérin.

Retiré légèrement et dirigé plus bas (1), il touche un éperon dur, peu mobile, au-dessous duquel il reprend sa route à travers un canal tortueux, pour aboutir enfin au museau de tanche. Tout s'explique aisément : par le toucher, on entre d'emblée dans la vessie à travers une fistule largement béante, dont l'éperon susdit est la lèvre postérieure. Le vagin rétréci, à parois indurées, se retrouve en contournant cette lèvre. En dilatant les parties avec l'index et le médius des deux mains, je découvre l'orifice anormal, et profondément j'aperçois, au lieu des parois vaginales souples et adossées l'une à l'autre au-devant du col utérin, un bourrelet muqueux transversal d'une certaine épaisseur : c'est la muqueuse du bas-fond vésical formant une saillie légère en arrière de la fistule et venant se continuer sur l'éperon avec celle du vagin.

La perte de substance est très étendue, plus large que longue, deux doigts y entrent facilement. Sa lèvre postérieure est concave en avant et dépasse très peu le col utérin; sa lèvre antérieure donne la sensation d'une bride épaisse, transversale, immobile, et comme fixée à l'enceinte pelvienne. En saisissant la première avec une pince pour l'attirer en avant et la rapprocher de la seconde, l'espace qui les sépare ne diminue pas, et j'acquiers vite la conviction qu'il serait impossible de les mettre au contact.

En résumé, la plus grande partie de la cloison vésico-vaginale est détruite; les parois du vagin, envahies par le tissu de cicatrice, ont perdu leur souplesse; vu l'éloignement et la fixité des bords de l'hiatus, ce serait folie de vouloir les réunir. L'urèthre, inutile pour le moment, est conservé perméable au cathétérisme, et ne demande aucune réparation.

L'état d'Eugénie Fox n'est pas moins lamentable. Chez elle, toute la région vulvo-périnéale aussi bien que la face interne des cuisses, est irritée, rougie et douloureuse par le contact habituel de l'urine. Le doigt, franchissant l'anneau vulvaire, entre directement dans la vessie par une aussi large ouverture et trouve un éperon semblable qui limite en arrière la perte de substance; en avant, même bride cicatricielle, dure, immobile, qui sert de lèvre antérieure à la fistule; même intégrité du canal de l'urèthre. Il y a cependant quelques différences entre les deux malades. Ici, le vagin est plus profondément modifié dans sa structure, ses parois sont plus dures, son canal plus étroit et plus tortueux; je le trouve, non directement sous l'éperon, mais dévié vers la gauche, et mon doigt y pénètre avec peine. La paroi recto-vaginale est épaissie par une bride saillante de l'hiatus, qui, soulevant la muqueuse, l'applique étroitement sur la lèvre antérieure et qu'il faut déprimer fortement pour voir les parties profondes. En somme, vagin d'un accès difficile et paraissant défier toute manœuvre instrumentale, cloison largement détruite, dommages irréparables. D'autre part, contact permanent de la paroi recto-vaginale et de la lèvre antérieure de la fistule, qui semblent ne demander qu'à se réunir.

J'espère que cette courte analyse vous a donné une idée claire des désordres qui rendent illusoire l'application de la méthode américaine. Ils peuvent être encore plus étendus que chez nos deux malades : ainsi, l'urèthre est quelquefois oblitéré ou dévié, sa paroi inférieure entamée ou détruite; le vagin, envahi par le tissu de cicatrice, est encore plus déformé, rétréci, oblitéré dans quelque point, ses parois rigides sont fixées au petit bassin par des adhérences fibreuses; la destruction porte enfin sur le col de l'utérus en même temps que sur la cloison vésico-vaginale. Mais je ne puis tout vous décrire; les deux exemples que vous avez sous les yeux suffisent amplement pour vous édifier sur l'importance de ces lésions. Les fistules pourraient être larges ou siéger à une grande profondeur, sans être inaccessibles à nos moyens d'action; mais il faudrait que le vagin, au moins celui d'Eugénie Fox, fût d'un abord moins difficile, et surtout il faudrait

(1) La femme est examinée dans le décubitus dorsal.

que l'orifice anormal eût des bords souples et mobiles, au lieu de ces brides inodulaires rigides, rebelles à tout rapprochemet.

Sommes-nous donc entièrement désarmés devant ces fistules intraitables? Non, Messieurs; impuissants à guérir ces malheureuses d'une façon absolue, nous pouvons, au prix de certains sacrifices, les débarraser de leur infirmité. Pour trouver une méthode qui nous donne ce résultat, il faut revenir en France et remonter jnsqu'en 1832; nous la devons à Vidal (de Cassis). A cette époque, le traitement des fistules vésico-vaginales était encore dans l'enfance; Vidal croyait à l'impossibilité de fermer directement l'orifice anormal, et de plus il pensait qu'après une guérison radicale la vessie rétractée ne pourrait plus se dilater de nouveau ni garder l'urine, et qu'à l'incontinence par le vagin succéderait l'incontinence par l'urèthre. Inspiré par cette double erreur, il proposa pour tous les cas un moyen détourné, l'occlusion vaginale au-dessous de la fistule, c'est-à-dire la transformation de la vessie et du vagin en un cloaque où devraient se mêler l'urine et le sang menstruel; la première pourrait s'accumuler dans un réservoir agrandi, et le second s'écoulerait sans difficulté par l'urèthre.

Vous comprenez la situation nouvelle ainsi créée : si vous oblitérez les voies génitales par la suture ou par tout autre moyen, il suffit que l'urèthre ait quelque résistance pour que l'urine séjourne à la fois dans l'ancienne vessie rétractée et dans la cavité vaginale devenue, pour ainsi dire, une vessie supplémentaire. L'incontinence disparaît avec ses dégoûts, ses souffrances de toutes sortes, et la pauvre blessée renaît à la vie commune.

Je ne veux en aucune façon vous retracer l'histoire de la *méthode indirecte* imaginée par Vidal ; vous en trouverez tous les détails dans la thèse de Le Double, inspirée par le professeur Richet (1). Il me suffira de vous dire que, vivement critiquée au début, exagérée par son auteur, elle a gagné peu à peu des partisans et compte aujourd'hui d'assez nombreux succès. Il faut nous garder de la croire trop vite nécessaire, afin de laisser le plus de cas possible aux procédés américains, c'est-à-dire à l'espoir d'une vraie guérison ; mais il faut aussi, en présence des fistules très compliquées, nous souvenir que l'opération de Vidal est excellente, et savoir l'appliquer hardiment.

L'occlusion génitale a subi l'assaut d'objections nombreuses, et il en est quelques-unes qui se présentent naturellement à l'esprit. Aussi me permettrez-vous de les examimer en quelques mots, pour achever de rendre légitime à vos yeux l'opération que je vais entreprendre.

On a contesté à la chirurgie le droit d'oblitérer le vagin et de supprimer la fonction génitale. A cette pensée, Michon, P. Dubois et d'autres encore ont montré une vertueuse indignation ; l'Académie de 1845 s'est voilé la face. Mais ce reproche, quand on l'examine de près, n'a aucune valeur, car les malheureuses dont nous parlons sont d'ordinaire impropres à la copulation, soit à cause de l'état matériel des organes, soit par le dégoût qu'elles inspirent. En fait, elles y ont presque toutes renoncé. En admettant que le coït soit possible, très souvent il sera infécond pour des causes variées : oblitération partielle du vagin, oblitération du col, déviation de l'utérus, contact de l'urine, sécrétions anormales. Ce n'est pas tout : si la grossesse commence, elle peut s'arrêter en chemin, par le fait des lésions multiples, déformations, adhérences vicieuses, que l'accouchement a laissées après lui ; si elle arrive à terme, le désordre des parties peut créer de nouveaux obstacles au travail, sans parler des causes primitives qui ont déjà rendu la parturition laborieuse, et qui peuvent mettre une seconde fois la vie en péril. En somme, il est impossible ou dangereux d'avoir un enfant dans de pareilles conditions. Et d'ailleurs, interrogez les malades, vous serez vite édifiés sur vos droits et vos devoirs ; il n'en est pas une qui

(1) Le Double, *Du Kleisis génital*, Paris, 1876.

n'ait hâte de faire le sacrifice demandé. Songez que nous parlons des cas les plus graves, des infirmités les plus pénibles ; outre la terreur d'un nouvel accouchement, elles ont toutes la passion d'être guéries et nous supplient d'intervenir.

On a prétendu, toujours en 1845, qu'après l'occlusion vaginale on verrait surgir de graves accidents de rétention menstruelle. En admettant cette hypothèse, l'opération serait encore de mise chez les femmes qui ne sont plus réglées à cause de leur âge ou à cause de leur fistule, car dans ces conditions beaucoup de jeunes femmes sont aménorrhéiques. Il est vrai que chez plusieurs d'entre elles l'occlusion réveille les fonctions utérines en rétablissant la santé; mais, d'autre part, l'expérience nous dit que le sang des règles ne s'accumule dans le vagin ni ne se coagule dans la vessie, qu'il se mêle à l'urine et s'écoule facilement par l'urèthre; il y a seulement un peu de catarrhe vésical, subaigu et passager, pendant les premières menstruations.

Troisième question : si le col de la vessie n'existe plus, l'incontinence par l'urèthre ne va-t-elle pas succéder à l'incontinence vaginale? Ici encore, les faits ont répondu : dans les cas mêmes où l'étendue de la perte de substance nous oblige à faire l'occlusion très bas, un canal très court et sans sphincter s'adapte à ses fonctions nouvelles et retient l'urine par sa tonicité. Très rarement la malade a quelque peine à garder longtemps ses urines dans la station debout et dans la marche; presque toujours l'infirmité a vraiment disparu. A plus forte raison le résultat n'est-il pas douteux quand l'urèthre est sain comme chez nos deux malades.

Après avoir écarté ces trois points délicats, fonctions génitales, rétention menstruelle, incontinence, il nous reste peu de choses à dire. N'a-t-on pas supposé que l'urine allait refluer dans l'utérus, traverser les trompes et inonder le péritoine? Je ne réfuterai pas cette idée singulière. On a mis en avant les dangers de l'opération, mais ils n'ont rien de spécial; toute opération anaplastique portant sur les organes génitaux, dans les mêmes conditions de santé générale, fait courir les mêmes risques; il y a sans doute une mortalité, mais elle est simplement égale à celle que donnent la méthode directe et les procédés américains. Une complication tardive et très rare, la formation de calculs vaginaux, vaut la peine d'être mentionnée; comme elle semble favorisée par la stagnation de l'urine en arrière de la suture, Simon (de Rostock) en a déduit le précepte de faire porter l'avivement sur le bord même de la fistule, et de coudre sa lèvre antérieure avec la paroi postérieure du vagin, de manière à ne pas laisser le moindre cul-de-sac derrière l'oblitération; ce qui nous mène à faire l'occlusion vaginale aussi profonde qu'il le faut pour suivre ce bon conseil.

Que dire maintenant de la difficulté opératoire? Aujourd'hui qu'il n'est plus permis de révoquer en doute la possibilité de mener à bien l'opération de Vidal, nous laisserons-nous arrêter par une telle considération? Il nous faudra sans doute un peu d'habileté et beaucoup de patience pour faire méthodiquement l'avivement et la suture des parois vaginales. L'insuccès n'est pas rare; ou plutôt la réussite absolue du premier coup est à peu près inconnue. Mais d'ordinaire la réunion partielle est obtenue et ne laisse qu'un ou deux pertuis justiciables d'une opération ultérieure, cautérisation ou nouveau point de suture. Souvent, malgré leur exiguïté, ces pertuis résistent à plusieurs tentatives; mais on finit par en venir à bout, et quelquefois même ils se ferment spontanément. Si enfin l'échec de la suture est complet tout d'abord, il est généralement suivi d'une rétraction cicatricielle du vagin qui rapproche les parois et entre pour une certaine part dans le succès des opérations complémentaires.

J'espère, Messieurs, qu'après cet exposé l'opération que je vais faire vous semblera légitime. Un mot maintenant sur le choix du procédé.

Quand il s'agit d'une fistule vésico-utérine, l'occlusion du col peut suffire (*hystérokleisis*). Pour les fistules vésico-utéro-vaginales, on peut souder la lèvre antérieure de l'hiatus à la lèvre postérieure du col, ou faire l'occlusion du vagin très haut de façon à rejeter le museau de tanche dans la vessie. Pour les vésico-vaginales pures, c'est l'occlusion du vagin (*kolpokleisis*) à des hauteurs variées, suivant la profondeur de l'hiatus, pour suivre le conseil de Simon d'utiliser autant que possible sa lèvre antérieure. Enfin l'étendue de la perte de substance peut conduire à l'occlusion vulvaire (*episiokleisis*), qui n'existe guère à l'état de pureté, car la suture intéresse toujours un peu la muqueuse vaginale. Un instant de réflexion doit vous suffire pour comprendre que l'opération intéresse le col ou le vagin dans ses diverses parties suivant le siège de l'orifice anormal; pas n'est besoin de vous mener à travers le chaos des classifications d'auteurs et d'obscurcir des faits aussi clairs par amour de l'érudition. J'éviterai aussi de vous présenter un parallèle de l'occlusion vulvaire et de l'occlusion vaginale. La première, qui peut être faite de propos délibéré, quelle que soit la hauteur de la fistule, et que certains ont préconisée à l'exclusion de sa rivale, est une opération délicate, qui est loin d'être simple et qui réussit difficilement; la seconde, qui n'est pas généralement plus dangereuse, et qui s'adapte mieux aux cas divers en évitant la formation des culs-de-sac signalés plus haut, est aujourd'hui préférée. Mais il est impossible, ici comme ailleurs, de poser des lois absolues, et l'exemple qu'on a sous les yeux, analysé dans ses moindres détails, est toujours le meilleur guide. C'est pourquoi je ne veux pas entrer dans une discussion générale, et je me borne à vous décrire le plan que je me suis tracé.

J'ai résolu de faire l'occlusion vaginale aussi haut que possible, immédiatement au-dessous de la fistule et en utilisant sa lèvre antérieure, que j'unirai à la paroi postérieure du vagin. J'ai donc rejeté l'épisiorrhaphie, et je n'ai pas eu à m'occuper des occlusions utéro-vaginales ou vaginales profondes.

Pour obtenir la soudure des parois, j'éloignerai le procédé illusoire de la cautérisation; je ferai l'avivement et la suture. Je ne m'arêterai pas aux procédés autoplastiques (infibulation, élytroplastie), dans lesquels on dissèque un ou deux lambeaux de muqueuse pour les affronter, parce que je n'en vois pas bien les avantages et qu'ils n'ont pas la sanction d'un assez grand nombre de faits; je crains les culs-de-sac vaginaux et les diaphragmes peu solides. J'adopterai enfin l'élytrorrhaphie, qui consiste à enlever circulairement une bande de muqueuse sur une largeur d'un à deux centimètres, et à rapprocher les parois par une ligne de suture transversale. En les adossant verticalement, Vidal a échoué; l'*élytrorrhaphie transversale,* au contraire, a maintes fois réussi depuis Velpeau jusqu'à Richet, en passant par Simon, Verneuil, Herrgott, Spencer Wells, etc.

L'une de nos malades, Marie Sylvestre, est aujourd'hui préparée à subir l'opération. Les règles sont passées depuis quelques jours; purgation et lavement ont été administrés en vue de la constipation qui sera maintenue jusqu'à l'ablation des fils. Voici, selon mes prévisions, les principaux détails du manuel opératoire :

Je placerai la malade dans le décubitus latéral gauche, mais je n'y attache pas une grande importance; le choix de la position dépend un peu des habitudes du chirurgien et beaucoup de la lésion, de sa forme, de son siège, du degré de la coarctation vaginale. Pour découvrir la région sur laquelle doit porter l'avivement, j'emploierai un spéculum univalve, de simples écarteurs, les doigts de mes aides; voilà encore un point qui ne demande ni discussion ni parti pris. Pour abraser une bande circulaire de la muqueuse, je me servirai d'une pince à dents de souris et d'un bistouri ordinaire, peut-être d'un bistouri à long manche, peut-être aussi d'un bistouri coudé. Permettez-moi de ne vous rien dire des procédés de suture

sur lesquels l'esprit des chirurgiens s'est escrimé si longtemps ; je me sers, pour presque toutes les sutures de la peau ou des muqueuses, des crins de Florence placés au moyen de l'aiguille de Reverdin. L'usage de cette aiguille, droite ou courbe, est merveilleusement commode ; quant aux crins de Florence, ils sont à la fois souples et résistants, ils soutiennent les tractions, ils se nouent au bout des doigts dans la profondeur d'une cavité sans que le premier nœud se relâche, ils coupent les tissus plus lentement que tous les autres fils, ils peuvent en cas d'hésitation rester longtemps en place sans rien irriter ; leurs avantages ne sont pas niables. Ici, je placerai des points séparés en nombre suffisant pour unir, suivant une ligne transversale, la lèvre antérieure de la fistule à la paroi postérieure du vagin. Puis je donnerai, pendant huit jours, 10 centigrammes d'opium pour obtenir la constipation et le repos absolu de la région ; la sonde à demeure empêchera, si faire se peut, la stagnation de l'urine derrière la ligne d'avivement; j'ôterai les fils au bout d'une semaine environ. Enfin des lotions douces et des compresses phéniquées nous donneront une antiseptie relative. Mais n'oubliez pas que le seul résultat auquel je prétende, c'est une réunion partielle, que je devrai compléter ensuite par des opérations successives.

Avril 1883. — L'opération, chez Marie Sylvestre, a marché simplement, et a duré plus d'une heure et demie; quatre fils ont suffi pour affronter les surfaces; je n'ai pas eu, pendant l'avivement, d'hémorrhagie très gênante. Aucune fièvre, aucun accident n'est survenu, et le 29 août l'urine passait tout entière par la sonde. Mais le 31, la malade se sentit mouillée; en ôtant les fils, je constatai que le centre de la suture avait seul tenu; à droite et à gauche il y avait un étroit pertuis qui donnait passage à l'urine et qui, le 4 septembre, laissa couler le sang des règles.

Le 26 septembre commença la série des opérations complémentaires; la pointe fine du thermo-cautère fut plongée dans chacun des pertuis; le 1er octobre, l'urine passait toujours. J'attendis encore, et le 17 du même mois la malade fut anesthésiée, les deux petits trajets avivés profondément et chacun d'eux fermé par un crin de Florence; l'opération avait duré trois quarts d'heure. Le 24, ablation des fils; le 30, je trouve le pertuis du côté droit perméable, mais à gauche le stylet touche un cul-de-sac et ne pénètre pas. Le 9 novembre, déception : les deux pertuis donnent passage à l'urine, et je les cautérise avec un crayon pointu de nitrate d'argent. Pendant deux jours, la malade n'est pas mouillée; mais, le gonflement inflammatoire passé, l'incontinence reparaît. Nouvelle tentative le 14 décembre : anesthésie, avivement infundibuliforme des deux pertuis avec des ciseaux fins et pointus, crin de Florence, opium et sonde à demeure. Le 26 septembre j'avais bon espoir, car pendant douze jours la malade n'avait rien perdu; mais, en ôtant les fils, je vis des gouttes d'urine s'échapper de nouveau. Les trajets étaient fort rétrécis, et nous marchions certainement vers la guérison; peut-être m'aurait-il suffi d'un dernier effort, mais la patiente voulut absolument quitter l'hôpital, et, bien qu'elle nous ait promis de revenir, nous l'avons perdue de vue.

L'observation de Marie Sylvestre se résume ainsi : réunion partielle étendue, deux sutures complémentaires, deux cautérisations, persistance des troubles fonctionnels, mais occlusion presque achevée à la fin du traitement.

Eugénie Fox a été mieux partagée. C'est le 10 octobre qu'elle a subi une opération en tout semblable à la précédente; j'ai dit plus haut que la paroi postérieure du vagin, soulevée par une bride fibreuse, venait d'elle-même se coller à la lèvre antérieure de la fistule, comme pour nous indiquer sur quel point devait porter l'avivement. La muqueuse fut enlevée circulairement sur une largeur d'un centimètre et demi, et les surfaces rapprochées

par six points de suture. Suites fort simples; examen le 17 octobre et ablation de quatre fils, les deux autres étant cachés par les plis de la muqueuse. Sur toute la ligne, les surfaces affrontées s'écartent légèrement, leurs lèvres antérieures se sont abandonnées, mais dans tout le reste de leur étendue la réunion paraît complète, et pendant un quart d'heure je ne vois pas la moindre goutte d'urine. Le 21, je constate un pertuis très minime à droite, et une goutte d'urine apparaît; les jours suivants, la malade affirme qu'elle n'est pas mouillée; bien plus, à partir du 26, elle a pendant trois jours de la rétention d'urine et on doit la sonder. Mais du 4 au 8 novembre, l'incontinence apparaît franchement; le passage est si étroit, qu'un stylet n'y pénètre pas d'emblée; je me garde bien d'insister, je retrouve et j'enlève un des deux fils qui sont restés, enfin j'observe le 27 un second pertuis à gauche; tous les deux sont punctiformes et laissent passer l'urine.

Opération complémentaire le 1er décembre: avivement infundibuliforme des deux pertuis, un crin de Florence pour chacun d'eux. A peine l'avait-on remise dans son lit, que la malade est prise tout à coup d'une attaque d'hystérie violente qui, pendant une heure, empêche de placer la sonde; les jours suivants, elle perd son urine, et au bout d'une semaine, en faisant l'ablation des fils, je constate un insuccès complet.

Le 26 décembre, un stylet rougi est plongé dans le pertuis du côté gauche; à droite, ne voyant pas l'urine venir, j'explore avant de cautériser, je trouve un cul-de-sac et je m'abstiens. L'insuccès du stylet rougi est constaté le 5 janvier, mais le pertuis de gauche, très étroit, existe seul; l'incontinence est moins absolue et la malade garde son urine, quand elle est couchée, pendant une heure et demie. C'est à ce moment qu'elle perd patience et nous quitte en promettant de revenir.

Je croyais n'entendre plus parler d'elle; mais, à la fin du mois dernier, j'ai reçu, de compte à demi avec M. Bazy, chef de clinique, la lettre suivante que je transcris dans sa naïveté, moins les fautes d'orthographe:

« Messieurs, la reconnaissance est pour moi un devoir sacré. J'ai le bonheur de vous faire connaître que ma chère enfant, que vous avez soignée avec un zèle exceptionnel, une charité et un dévouement rares, est radicalement guérie depuis deux mois. Tout son être fonctionne maintenant comme si jamais accident ne lui était arrivé. Soyez-en, Messieurs, mille fois bénis et soyez fiers de votre talent qui, d'après une guérison en si peu de temps et si efficace, vous grandit à mes yeux et étonne encore aujourd'hui tous les hommes de nos campagnes, surtout ceux qui ont connu la triste position dans laquelle elle était, et ont avoué qu'il serait impossible d'entreprendre une aussi difficile et gigantesque opération... » — J.-B. Fox, à Luzy, par Stenay (Meuse).

Cette lettre nous dit à sa manière que l'étroit pertuis vaginal a fini par s'oblitérer de lui-même, et que la guérison est acquise. Si donc je mets à part l'exemple de Marie Sylvestre, où je n'ai pu qu'entrevoir le but, je puis compter hardiment celui d'Eugénie Fox à l'actif de l'opération de Vidal, et le ranger parmi les beaux succès auxquels nous permet d'atteindre une chirurgie persévérante.

L.-G. Richelot.

ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883.

Le docteur Stekoulis nous envoie de Constantinople les renseignements suivants, qui sont de source officielle:

Le choléra a fait son apparition à la Mecque cette année le 14 octobre et au second jour des fêtes religieuses parmi les pèlerins. Le bulletin de la mortalité nous donne pour le 14 octobre 19 décès; 15 octobre, 32 décès; 16 octobre, 38 décès; 17 octobre, 20 décès; 18 octobre, 46 décès; 19 octobre, 29 décès; 20 octobre, 36 décès; 21 octobre, 20 décès.

Parmi les victimes du 21 octobre, il faut compter le docteur Kadri eff., un excellent sujet, médecin sanitaire de Médine, qui est arrivé à la Mecque avec la caravane venant de Médine.

Jusqu'à la date du 23 octobre, 16,000 pèlerins étaient rentrés à Djeddah sans aucun cas de choléra parmi eux, chose très remarquable.

Les médecins du Hedjaz nous signalent que le choléra a été importé cette année à la Mecque par la caravane égyptienne; mais avant d'avoir toutes les données voulues, nous ne devons pas accepter définitivement cet avis. Je reviendrai sur ce sujet de l'importation du fléau aussitôt que je serai édifié.

Les mesures prises pour sauvegarder la Méditerranée de l'importation du choléra par les pèlerins de retour sont les suivantes :

Première quarantaine de 15 jours à Tor, sur le sol égyptien. *Seconde observation quarantenaire* de 5 jours, à Tor également, mais dans une localité distante de la première de 2 kilomètres. *Troisième quarantaine* de 15 jours dans les lazarets ottomans de la Méditerranée.

Il est bien entendu que ces quarantaines sont renouvelables si des cas de choléra se manifestent dans les lazarets. Le nombre des pèlerins qui est attendu dans les ports ottomans de la Méditerranée est cette année de 3,000 à 3,500.

THÉRAPEUTIQUE

Des effets thérapeutiques de la Créosote de hêtre associée au Baume de Tolu et au Goudron de Norwège.

La Créosote de hêtre a été découverte par Reichenbach, chimiste de Blausko, en Moravie. C'est un produit pyrogéné, dont la composition est : 76,2 de carbone, 7,8 d'hydrogène, 16 d'oxygène; son nom vient de χρέας chair, et σώζω je conserve. Cette heureuse étymologie, suggérée par sa propriété essentielle, nous indique l'action certaine qu'elle exerce dans le traitement de toutes les affections de la poitrine et des voies respiratoires.

Les remarquables travaux des docteurs Bouchard, Gimbert, etc., ont affirmé sa haute valeur thérapeutique, qui n'est plus discutée aujourd'hui.

Le seul défaut de ce médicament, c'est d'être mal toléré par certains tempéraments, de causer des nausées, des vomissements, et, dans tous les cas, des renvois, qui obligeaient à en suspendre l'emploi.

Il fallait trouver une substance qu'on pût lui adjoindre pour faire disparaître ces inconvénients. Des travaux importants ont fixé le choix sur le Baume de Tolu, qui présente, pour cet usage, des avantages particuliers.

Le Baume de Tolu, dont la découverte remonte au delà de Dioscoride, était, dès cette époque, employé au traitement de tous les flux muqueux, des maladies chroniques du poumon, catarrhales et nerveuses, ainsi que dans les affections du larynx produisant l'enrouement et l'extinction de la voix, *raucedines* et *aphoniæ*, et même dans la phthisie tuberculeuse.

Morton s'exprime en ces termes au sujet d'une préparation pilulaire composée, en majeure partie, de Baume de Tolu : *Istœ pilulæ, in scorbuticorum et scrofulorum lentâ phthisi* (*quœ quidem sunt frequentissimœ phthises*), *ubi febris* (*si ulla est*) *est admodum mitis, et exspuium phlegma qnadamtenus glutinosum, asthmaticorum ritu, curationem non tantum in principio morbi, verùm etiam in progressu insigniter promovent.*

La réputation du Baume de Tolu est bien établie, et il nous a suffi de rappeler ces anciens travaux, pour indiquer que nous n'avons pas affaire ici à une de ces préparations dont l'efficacité est aussi passagère que la vogue, mais à un bon produit de vieille renommée.

En ajoutant le Goudron de Norwège à ces deux substances d'une activité si incontestable et si universellement reconnue, on arrive à composer un médicament d'un effet sûr et d'une puissance toute nouvelle, qui peut s'apprécier par celle de ses éléments.

Après de nombreuses expériences, nous nous sommes arrêté à une formule, d'après laquelle nous avons fait préparer de petites capsules ovoïdes par MM. Trouette-Perret, pharmaciens à Paris.

Chaque capsule doit contenir :

5 centigrammes de Créosote pure de hêtre.
7 1/2 — de Goudron purifié de Norwège.
7 1/2 — de Baume de Tolu.

Ces capsules, appelées *Gouttes Livoniennes*, doivent être employées aux doses suivantes :

Dans le cas où la maladie a peu de gravité, et si l'on ne veut qu'un moyen prophylactique, deux capsules le matin et deux le soir peuvent suffire; mais il n'y a aucun inconvénient à porter plus haut les doses.

Dans les cas plus graves, on commencera par quatre capsules le matin et quatre le soir, et on augmentera la dose de manière à arriver à douze capsules par jour, en graduant suivant l'état de la maladie et l'effet que l'on désire obtenir.

Il est indispensable, chaque fois qu'on aura pris de ces capsules, de ne pas leur permettre de s'arrêter dans les plis de la gorge, et de les faire descendre dans l'estomac en avalant un quart de verre d'un liquide quelconque, eau, lait, vin, thé léger ou tisane froide ou chaude.

Lorsque les gouttes livoniennes auront rétabli la santé, il sera bon de n'en point abandonner brusquement l'usage, et, dans tous les cas, de s'y remettre une quinzaine de jours au retour de l'hiver, et notamment aux changements de saisons, accompagnés de temps humides.

Dr E. Lasniée.

De la Papaïne

OU PEPSINE VÉGÉTALE TIRÉE DU CARICA PAPAYA.

La Papaïne est un suc laiteux extrait de la tige et des fruits verts du Carica papaya. Ce précieux végétal est originaire de l'Amérique du Sud selon les uns, des îles Moluques suivant d'autres. Il se rencontre dans l'Inde, à l'île Maurice, à la Réunion, aux Antilles et dans toute l'Amérique du Sud. Le suc qui découle du fruit vert du papayer et la graine même de cet arbre sont des vermifuges très efficaces. Mais ce qui rend surtout ce végétal digne d'attention, c'est que le suc extrait de son fruit, de ses feuilles et de son tronc contient une proportion considérable d'un principe analogue à la pepsine animale, et que MM. Wurtz et Bouchut ont appelé *pepsine végétale*. Ce suc exerce une action prodigieuse sur la fibre musculaire qu'il ramollit instantanément et fait entrer en digestion. Les émanations mêmes de l'arbre suffisent pour produire sur les chairs cet effet singulier, et dans les pays où le papayer est cultivé, les habitants suspendent dans les hautes branches les viandes qu'ils veulent attendir.

On comprend aisément le parti que la science pouvait tirer de propriétés aussi merveilleuses. Des expériences de laboratoire furent instituées et donnèrent les résultats les plus surprenants. M. Wurtz, dans un rapport à l'Académie des sciences (séance du 15 novembre 1880), constate que *la Papaïne a dissous jusqu'à deux mille fois son poids de fibrine, opérant avec autant de rapidité et de régularité que la meilleure pepsine animale*. Du laboratoire, la Papaïne est passée dans la pratique, et des faits innombrables sont bientôt venus prouver que son action était certaine et constante, et par suite que son emploi allait permettre d'échapper aux sophistications dont la pepsine animale est trop souvent l'objet. MM. Wurtz et Bouchut ont reconnu que toute matière azotée, lait, viande, fibrine, est digérée par le suc de papaya en quantité beaucoup plus forte que celle que peut dissoudre la pepsine que sécrète l'estomac, et qu'il présentait sur la pepsine cet avantage qu'il dissolvait la matière azotée aussi bien dans un milieu acide que neutre ou alcalin.

MM. Trouette et Perret, pharmaciens chimistes, se sont faits depuis quelques années les propagateurs de la Papaïne, et ils ont obtenu à l'Exposition de Melun de 1880, et à celle de Bordeaux en 1882, deux diplômes d'honneur pour les diverses préparations qu'ils ont présentées. Ils l'offrent aux médecins et au public sous cinq formes différentes : le sirop de Papaïne; le vin de Papaïne; l'élixir de Papaïne; les cachets, et enfin les dragées de Papaïne. Chacune de ces préparations trouve son emploi suivant l'âge, le tempérament, le goût du malade, mais leur effet constant peut être garanti à tous.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur les cas dans lesquels la Papaïne doit être ordonnée; elle est appelée à remplacer la pepsine naturelle qui fait défaut et, par conséquent, est indiquée dans les gastralgies, dyspepsies, lientéries, gastrites et dans toutes les maladies qui ont pour cause un mauvais fonctionnement de l'estomac. Elle remédiera à tous ces troubles et ramènera la digestion à l'état normal avec plus de certitude, d'énergie et de constance que la pepsine animale, dont les effets sont parfois nuls en raison des mauvais éléments qui la composent. En effet, la pepsine animale peut être recueillie dans de bonnes conditions en pratiquant directement sur l'estomac de l'animal une fistule gastrique; mais on peut aussi se contenter de dissoudre quelques centigrammes de pepsine dans l'eau contenant de l'acide chlorhydrique, ou bien remplacer la pepsine par un

fragment de la membrane stomacale d'un animal carnivore, ou par un morceau de la caillette d'un ruminant, ou encore par un peu de présure. Quelle garantie de semblables préparations peuvent-elles offrir, et comment supporteraient-elles la comparaison avec la pepsine végétale, toujours franche et rigoureusement dosée des propagateurs de la Papaïne?

Dr BERTHAUD.

BIBLIOTHÈQUE

De l'érythème polymorphe exsudatif ou maladie d'Hébra, par M. Paul Fabre (de Commentry). — Paris, O. Doin; 1883.

Cette brochure témoigne une fois de plus de l'activité laborieuse de notre estimé confrère. Ecrite au point de vue pratique, elle a pour but d'ajouter quelques symptômes au signalement clinique de cette dermatose qui réunit sous une même dénomination des affections cutanées naguère encore considérées comme différentes : par exemple, les érythèmes bulleux, circiné ou marginé, et l'herpès iris, pour en citer seulement quelques-uns. Ce ne sont là que des modalités cliniques d'un même processus pathologique : l'érythème papuleux.

Pour Hébra, la symétrie de l'éruption est un caractère symptomatique important. M. Fabre démontre par des faits qu'il n'en est pas toujours ainsi. Il en est de même du siège de prédilection des plaques érythémateuses sur la face dorsale des mains; aussi l'auteur se demande si leur absence apparente à la main sur la face palmaire ou bien au pied sur la face plantaire n'est pas due à ce qu'elles sont peu visibles sous l'épaisse « couche épidermique de ces régions ».

M. Fabre étudie encore les causes de cette maladie et arrive à cette conclusion que, plus fréquente chez la femme, où elle est en rapport avec les troubles menstruels, cette dermatose se montre surtout chez des individus dont la constitution est débilitée, mais qu'on a fait jouer un rôle pathogénique trop considérable aux influences saisonnière et rhumatismale.

Le diagnostic forme un important chapitre, dans lequel M. Fabre a pu invoquer son expérience clinique et de nombreuses informations.

Cette brochure ne possède donc pas seulement un réel mérite scientifique, elle a aussi la grande et rare qualité d'être inspirée par une vigoureuse et sincère passion pour la vérité. — C. Eloy.

Variations de l'urée, des chlorures et des phosphates dans la tuberculose, par M. le docteur Almire Ronsin.— Lille, Robbe; 1883.

Chercher quels sont les rapports entre le processus de la tuberculose et les variations des sels de l'urine, telle est la proposition dont M. Ronsin a entrepris la démonstration au moyen d'observations cliniques personnelles et de faits empruntés à M. A. Béchamp.

Il a constaté que l'urée, l'acide chlorhydrique et les phosphates diminuent dans l'urine des tuberculeux, en raison directe des progrès de la maladie. Dans la tuberculose miliaire chronique, ces phénomènes sont plus manifestes que dans la forme caséeuse. Au contraire, au moment des améliorations, ces substances deviennent plus abondantes, de sorte que leurs variations en quantité indiquent une mesure de l'aggravation du processus morbide.

Ces conclusions intéressantes démontrent bien encore que dans la tuberculisation pulmonaire, à côté du rôle joué par l'élément pulmonaire, il faut faire intervenir l'état de dystrophie générale des tissus. C'est là un point que M. Ronsin aurait pu discuter; mais cette lacune n'atténue pas la valeur de son excellent mémoire sur un sujet difficile à explorer avec soin. — C. E.

Etude sur la question alimentaire, par le docteur A. Meinert, traduit de l'allemand par F. Pimmerhans. — 1883, Paris : Le Soudier, et Bruxelles : Mayolez.

L'amélioration du sort des classes laborieuses est le but philanthropique des études du cercle *Concordia* de Mayence. A la différence d'un grand nombre de prétendus réformateurs de la société moderne, ils examinent pratiquement les questions et en préparent pacifiquement la solution. Ils avaient mis au concours la question suivante : Comment se nourrit-on bien et à bon marché? demandant aux auteurs des mémoires d'établir à l'usage des ménagères les règles d'une alimentation conforme aux principes de la phy-

siologie, en tenant compte des goûts, des habitudes diverses et des ressources des populations. Le prix a été décerné au travail de M. le docteur *Meinert*, dont M. le major *Pimmerhans*, de l'armée belge, a publié une excellente traduction.

En Allemagne, l'opinion publique a déjà ratifié la décision du jury de Mayence, et il n'est pas douteux qu'en Belgique l'édition actuelle n'obtienne un égal succès. Ce livre, qui répond bien au but de vulgariser les notions d'hygiène, n'a pas de prétentions scientifiques. Modeste dane ses allures, il peut servir de modèle à des ouvrages du même genre, trop peu nombreux dans notre pays. Il est donc de ceux qu'on lit mais qu'on n'analyse pas; c'est assez dire combien a été heureuse l'inspiration de M. Pimmerhans en traduisant le texte allemand et en le mettant ainsi entre les mains de tous les économistes qu'il intéressera autant que les hygiénistes. C. L. D.

HÉMORRHAGIE ARTÉRIELLE PRODUITE PAR UNE PIQURE DE SANGSUE, par M. Paul FABRE (de Commentry). — Paris, 1883. O. Doin.

Cette brochure est le récit d'un fait clinique qui est loin d'être fréquent, car, au temps où les saignées locales étaient systématiquement en grand honneur, on n'en a signalé que des observations peu nombreuses. Ici, l'artère articulaire inférieure interne du genou avait été piquée par la sangsue, et l'hémorrhagie fut grave, abondante et de longue durée. Ce fait méritait d'être noté pour l'histoire des hémorrhagies traumatiques de conséquence connue. — C. E.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 2 au 8 novembre 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 962. — Fièvre typhoïde, 30. — Variole, 5. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 34. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 50. — Phthisie pulmonaire, 162. — Autres tuberculoses, 5. — Autres affections générales, 60. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 51. — Bronchites aiguës, 38.— Pneumonie, 73. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 54; au sein et mixte, 28; — inconnues, 9. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 93; circulatoire, 47; respiratoire, 66; digestif, 45; génito-urinaire, 28; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulat. et muscles, 9. — Morts violentes, 30. — Causes non classées, 7.

RÉSUMÉ DE LA 45e SEMAINE. — Le service de Statistique a reçu pendant la semaine actuelle notification de 962 décès (au lieu de 932 pendant la semaine précédente.)

La comparaison des chiffres de cette semaine avec ceux de la semaine précédente fait ressortir les différences suivantes :

Un état absolument stationnaire pour la Fièvre typhoïde (30 décès dans chacune des deux dernières semaines). Cette maladie, qui malheureusement est devenue fréquente à Paris depuis quatre ans, ne présente pas cette année l'accroissement qui lui est ordinaire pendant l'automne.

Un état stationnaire également pour la Variole (5 décès dans chacune des trois dernières semaines), et pour la Scarlatine (pas un seul décès depuis trois semaines).

La Coqueluche (6 décès au lieu de 10) est en baisse constante depuis six semaines. L'épidémie de Coqueluche qui durait depuis six mois peut donc être considérée comme terminée.

La Rougeole dont la fréquence se relève toujours à partir de novembre (son minimum ordinaire est en octobre), présente 11 décès au lieu de 7 (et au lieu de 4 pendant les semaines d'octobre).

Enfin la Diphtérie présente un léger accroissement (34 décès au lieu de 27). On remarquera que le quartier du Père-Lachaise présente à lui seul 5 décès par Diphtérie, mais sur ces malades 4 sont morts à l'hôpital et par conséquent ils n'ont pu propager leur maladie dans leur quartier.

La Bronchite aiguë qui n'a de gavité que chez les jeunes enfants (38 décès au lieu de 30), et la Pneumonie (73 décès au lieu de 50) augmentent notablement de fréquence depuis quelques semaines.

L'Athrepsie, qui diminuait progressivement depuis la fin de l'été, a subi cette semaine une recrudescence inattendue, et sans doute passagère (91 décès au lieu de 69).

Le service de Statisque a reçu notification de 379 mariages et 1,233 naissances (654 garçons et 579 filles) dont 886 légitimes et 347 illégitimes. Parmi ces dernières, 57 on été reconnues immédiatement par un des deux parents au moins.

Dr Jacques BERTILLON,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE. — Dans sa séance de jeudi, l'assemblée des professeurs de la Faculté de médecine de Paris a voté la permutation demandée par M. le professeur Pajot. Sa nomination à la chaire de clinique d'accouchement, en remplacement de M. le professeur Depaul, décédé, est soumise à l'approbation du ministre de l'instruction publique.

— Les candidats à la chaire de pathologie interne, laissée vacante par suite de la permutation de M. le professeur Jaccoud, sont, par ordre alphabétique : MM. Damaschino, Dieulafoy, Duguet, Grancher et Lancereaux.

NÉCROLOGIE. — On nous annonce que M. le docteur Chairou est mort subitement avant-hier pendant sa consultation. Il était chevalier de la Légion d'honneur et âgé de 51 ans. Ses obsèques auront lieu en l'église Saint-Louis d'Antin, mardi 18, à midi très précis.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

BULLETIN

Le nombre des auditeurs, qui se pressaient avant-hier matin dans l'amphithéâtre de clinique médicale de la Pitié, et surtout la composition de l'auditoire prouvaient avec quel intérêt était attendue la première leçon de M. le professeur Jaccoud. Des professeurs, des agrégés et des médecins des hôpitaux qui, après avoir été les élèves de M. Jaccoud, sont devenus des maîtres à leur tour, beaucoup d'internes des hôpitaux avaient, pour cette fois seulement, déserté leurs services respectifs afin de goûter ce régal si vif pour une intelligence française, l'expression d'idées élevées dans une langue impeccable et avec un art oratoire d'une exquise délicatesse.

On attendait deux choses du nouveau professeur : l'éloge de son brillant prédécesseur, l'exposé de la méthode générale qui régira son propre enseignement. L'attente a été pleinement satisfaite à ces deux points de vue; malheureusement, s'il est possible de fixer dans une certaine mesure la filiation des pensées et de noter textuellement au passage quelques phrases particulièrement saisissantes, il faut renoncer à faire partager au lecteur, par une rapide et sèche analyse, le charme que les auditeurs ont éprouvé.

M. Jaccoud a commencé par rappeler quelle invraisemblable réunion de qualités diverses et de talents disparates faisait de Lasègue une pure individualité et lui avait permis de marquer tous ses travaux d'une empreinte personnelle inimitable. En louant par dessus tout son prédécesseur de n'avoir jamais laissé péricliter au milieu des envahissements de la science pure « la notion dominatrice *du malade* », le professeur a déjà fait pressentir quelle allait être sa propre profession de foi. Puis nous avons vu, pour un instant, revivre Lasègue, non pas tant dans ses leçons magistrales, que « dans ses causeries familières, où, partant du fait le plus banal en apparence, il s'élevait par une ascension graduellement ménagée à la discussion des problèmes les plus graves de la médecine générale ». Nous avons reconnu l'amour impérieux de la clinique, l'abnégation sans bornes qui l'ont empêché de quitter son poste malgré le délabrement de sa santé et qui l'ont fait mourir à la peine, victime de son perpétuel dévouement à la science et aux élèves.

Abordant ensuite l'exposé de ses idées personnelles sur l'enseignement clinique dont il se trouve investi, M. Jaccoud l'a fait avec une netteté qui aura du retentissement dans un moment où l'opinion médicale est agitée de courants si divers et si opposés.

La définition classique de la clinique, l'étude des malades, — corrélative de celle de la pathologie, l'étude des maladies, — devient malheureusement insuffisante en présence de certains écarts de l'époque; il convient d'y ajouter cette notion que l'étude du malade doit être faite en vue d'un but déterminé, le traitement. Lorsqu'on a minutieusement enregistré tous les symptômes que présente le malade avec les moyens d'exploration les plus délicats empruntés aux sciences mécanique, physique, chimique, naturelle, lorsqu'on l'a pour ainsi dire disséqué vivant, on n'a pas encore fait acte de médecin, car le diagnostic même ne doit être qu'une préparation à la prognose et à la thérapeutique. Les pseudo-médecins, qui croient leur tâche terminée lorsqu'ils ont réussi à analyser admirablement les phénomènes morbides, voient quelquefois la maladie, jamais le malade; aussi ne font-ils

pas de thérapeutique ou n'en font-ils qu'une fausse, parce qu'elle est basée sur telle ou telle indication isolée et non sur l'état général du malade. Les adeptes de cette méthode clinique purement analytique sont d'autant plus dangereux que leur prosélytisme est de bonne foi, et qu'ils tirent une apparente supériorité de la rigueur faussement mathématique de leurs investigations. La médecine est à la fois une science et un art, on ne saurait trop le répéter; mais, subordonnée comme science, principalement au point de vue du diagnostic, aux progrès des méthodes techniques d'exploration, elle possède comme art une autonomie absolue; elle exige une faculté de jugement toute personnelle, une pratique et une étude constante du malade, sans laquelle pour chaque jeune praticien son premier client sera son premier malade.

Sans doute, pour aborder avec fruit la clinique, il faut des notions théoriques suffisantes, une instruction pathologique solide et complète. Il faut encore une connaissance approfondie de la séméiotique; or, la séméiotique ne peut être édifiée sur l'observation pure, elle a besoin de la physiologie et de la médecine expérimentale; depuis vingt ans, le professeur n'a cessé de proclamer que l'expérimentation est la seule base solide d'une séméiologie digne de ce nom. Mais, comme en tout l'excès nuisible confine au bien, par une malheureuse compensation des progrès réalisés en séméiotique au moyen de l'expérimentation, est née une erreur redoutable, le désir d'appliquer l'analyse physiologique non plus au phénomène morbide isolé, mais à l'étude du malade lui-même. Or, l'appréciation de l'état du malade n'est plus œuvre d'analyse, mais de synthèse.

Le physiologiste et le médecin, sous peine de manquer l'un et l'autre le but qu'ils se proposent, ne doivent point confondre leurs rôles et s'emprunter réciproquement leurs méthodes; car entre la physiologie et la médecine l'incompatibilité est absolue et fatale. Elles ne diffèrent pas seulement par leur méthode, l'une procédant par dissociation et analyse, l'autre, par synthèse; elles diffèrent aussi par leur sujet, l'une étudiant l'organisme animal et vivant; l'autre, l'organisme humain malade. La physiologie expérimentale peut faire des dyspnéiques, non des asthmatiques; elle crée des glycosuries, mais non le diabète; elle détermine des convulsions épileptiformes, elle ne fera jamais un épileptique. Les mutilés du physiologiste ne sont pas les malades du médecin.

Le professeur Jaccoud est bien à l'aise pour parler ainsi; car, nul plus que lui n'a eu à cœur d'utiliser les résultats expérimentaux en vue de l'explication des symptômes et de la pathogénie des maladies. Mais, quand on passe du domaine de la pathologie à l'étude du malade, on ne doit pas oublier que la clinique est le juge suprême de toute expérimentation et de toute théorie.

Quelques exemples affirmeront cette vérité. — La découverte de Cl. Bernard concernant la fonction glycogénique du foie engendre la théorie du diabète d'origine hépatique. Mais la clinique nous montre le diabète naissant avec un foie intact, l'absence de diabète avec un foie malade, le diabète existant malgré l'oblitération de la veine porte: la théorie est condamnée. — Des expériences fort bien conduites démontrent avec la rigoureuse autorité du chiffre la diminution de l'oxygène dans le sang des diabétiques; sur cette découverte s'édifie le traitement par les inhalations d'oxygène; la clinique démontre l'impuissance de cette méthode thérapeutique. — L'influence des températures élevées sur la dégénérescence du tissu musculaire est incontestable; on tente d'expliquer par ce mécanisme le rôle de l'hyperthermie dans la fièvre typhoïde; mais la clinique montre les mêmes dégénérescences à la suite de typhus apyrétiques. — Les chimistes démontrent que les bains frais sont une cause puissante de spoliation organique: pourtant la clinique prouve que, dans les fièvres prolongées, les bains frais sont un des moyens les plus salutaires pour favoriser la restauration organique.

Empruntons d'autres exemples aux faits d'ordre pathogénique. Les admirables découvertes de Pasteur ont fait surgir comme un monde nouveau à nos regards; il se peut faire pourtant que le clinicien soit amené à délaisser ou à repousser les notions empruntées aux théories microbiennes comme inutiles ou dangereuses. « Loin de nous la pensée de nier aucun de ces faits, ni la genèse des maladies infectieuses par les microbes, ni l'atténuation des virus; ces découvertes, je les accepte avec gratitude et je les admire!... mais je suis médecin. Donc je m'enquiers des applications médicales, et, ne les voyant pas clairement, je passe outre, car les fruits présumés de tant de labeurs paraissent encore voilés des ombres de l'avenir. » — L'inimitable finesse d'intonation avec laquelle le professeur a prononcé ces trois mots : « Je suis médecin », a soulevé une explosion d'applaudissements. M. Jaccoud a continué en examinant quels bénéfices réels la clinique a tirés jusqu'ici de la théorie microbienne. Le fait en lui-même de la transmissibilité des maladies infectieuses est connu depuis des siècles; la contagion d'homme à homme n'étant pas contestée, que prouve de plus la « contagion de bocal à bocal »? Le comment du fait nous échappe toujours, car les théories microbiennes ne nous dispensent pas de compter avec la spontanéité morbigène. Aujourd'hui comme autrefois, pour qu'un germe contagieux fasse éclater une maladie infectieuse, il faut le consentement de l'organisme, sans compter que les formes de la maladie restent toujours l'œuvre exclusive du malade. Au point de vue des progrès pratiques, M. Jaccoud rappelle que la notion de l'origine fécale de la fièvre typhoïde est issue de l'observation pure, que Villemin avait démontré la contagiosité de la tuberculose avant qu'on eût coloré le bacillus des tuberculeux, et que l'emploi des antiseptiques en clinique a devancé l'énoncé de la théorie microbienne. Le clinicien est donc autorisé jusqu'à nouvel ordre à déclarer stériles à son point de vue les grandes théories microbiennes, qui se résument en un changement de mot, puisqu'on s'est contenté de substituer microbe à contage, sans que rien doive être changé dans les notions relatives à la contagion. Ces notions stériles peuvent d'ailleurs devenir dangereuses dans leurs applications thérapeutiques; en voulant instituer un traitement parasiticide aveugle, on risque fort, comme l'a déjà dit M. Jaccoud dans une discussion fameuse, tandis qu'on vise le microbe, d'abattre le patient.

Le professeur n'admet donc l'application des découvertes expérimentales à la clinique que dans la mesure qui n'est pas nuisible au malade. En outre, il écartera de tout son pouvoir les élèves de cette « clinique disséquante », dont il a parlé en commençant, et qui ne voit dans un malade qu'une collection de symptômes envisagés isolément. A l'analyse des symptômes, première étape de la clinique, doit succéder la synthèse de l'état général du malade, source des indications thérapeutiques. A ce point de vue, la science moderne fléchit encore devant le génie antique; il faut toujours se pénétrer de la sentence hippocratique qui a proclamé l'inaltérable unité de l'être vivant.

C'est enfin au milieu des applaudissements les plus chaleureux que M. le professeur Jaccoud termine par ces mots : « Si jamais on pouvait dire de moi : il enseignait fructueusement à connaître et à traiter les malades, — ma plus haute ambition serait satisfaite. »

Paul Le Gendre.

Sur la cautérisation superficielle dans le traitement des tumeurs sous-cutanées.

Communication faite à la Société médico-pratique, dans la séance du 25 avril 1883,

Par M. le docteur Vœlker.

Dans une de mes précédentes communications, j'ai eu l'honneur de vous présenter, Messieurs, deux cas de tumeurs ganglionnaires, heureusement

traitées par des injections intra-parenchymateuses de liquides caustiques qui avaient assez rapidement amené leur atrophie. Désireux de continuer mes essais dans ce même ordre d'idées, j'ai cherché à savoir s'il ne serait pas possible d'obtenir cette même atrophie sans pénétrer les tumeurs, et en les attaquant seulement par leur surface cutanée.

Le fait était déjà possible dans un certain nombre de cas. C'est ainsi que j'ai souvent traité des adénites inguinales, et il n'est pas un de vous qui ne sache que l'application d'un peu de pâte de Vienne sur un bubon en voie de formation est suffisante pour arrêter son processus inflammatoire, pour prévenir sa suppuration et pour déterminer ainsi sa résolution rapide.

La destruction seule de la peau entre donc, dans ce cas, pour une large part dans les heureux résultats que l'on obtient; et il est permis de se demander si ce n'est pas précisément par la peau que s'opère, en grande partie du moins, la nutrition de ces intumescences morbides. Pour le bubon, le fait paraissait certain : j'ai tenu à savoir si, pour le lipome, il pourrait en être de même. Et pourquoi, en effet, n'en serait-il pas ainsi?

Les injections intra-parenchymateuses de liquides divers n'avaient, en pareil cas, donné que des résultats insuffisants.

Le tissu adipeux résiste à l'action corrosive ou atrophique des agents diluants dont on s'est servi pour le traitement de ces tumeurs.

D'autre part, la pusillanimité de certains malades redoutant le bistouri ou les conséquences d'une opération par l'instrument tranchant, réclamait, en certains cas, l'intervention de moyens moins chirurgicaux et, en apparence, plus doux.

Je n'ai donc pas hésité à attaquer le lipome par le même procédé que celui que j'avais déjà employé pour les adénites inguinales ou axillaires.

Le résultat a confirmé mes prévisions. Il m'a été donné, par conséquent, d'estimer que le lipome, comme les adénites, comme les tumeurs ganglionnaires diverses, reçoit en grande partie les éléments de sa nutrition par la surface cutanée qui le recouvre.

Le succès que j'ai obtenu me permet de vous présenter aujourd'hui deux malades chez lesquels il a suffi de détruire la peau recouvrant deux lipomes de la région postérieure du cou pour les voir marcher assez rapidement vers leur résorption.

Voici d'ailleurs ces deux observations :

Henri S..., âgé de 63 ans, charron, demeurant à Paris, rue de la Ferme-Saint-Lazare, n° 7, vient me consulter en juin dernier (1882), à la clinique, pour une tumeur qu'il porte à la région latérale et postérieure gauche du cou.

Les débuts de cette tumeur remontent à une quinzaine d'années environ.

Elle a peu à peu augmenté de volume, et actuellement elle mesure 6 centimètres dans son diamètre vertical et 4 centimètres 1/2 dans son diamètre transversal.

Elle a la forme régulièrement mamelonnée des tumeurs graisseuses.

Elle donne à la palpation le sentiment de la fluctuation gélatiniforme de ces productions.

Elle ne cause d'ailleurs d'autre gêne que celle produite par son volume.

Il n'y a ni rougeur ni douleur; aussi le malade n'est-il disposé à accepter que le traitement qui le débarrassera, dit-il, sans opération.

Dès le lendemain, première application de pâte de Vienne sur toute la surface saillante de la tumeur.

Quinze jours après, chute complète de l'eschare. Le derme n'étant pas complètement détruit, nouvelle application de la pâte de Vienne sur la même surface.

Huit jours après, chute de l'eschare, qui laisse à nu une surface convexe, jaunâtre, divisée en plusieurs lobes : c'est le lipome mis à nu.

Trois jours après, nouvelle application de pâte de Vienne; aucune eschare ne se produit; mais le malade revient huit jours après, et on peut constater une diminution notable de la tumeur, laquelle va s'aplatissant de plus en plus, en même temps que diminuent ses deux diamètres, transversal et vertical.

Dans les premiers jours de septembre, nouvelle application de caustique de Vienne sur la partie mise à nu de la tumeur graisseuse.

Toujours pas d'eschare.

La tumeur diminuant dès lors très lentement, en raison de la résistance du tissu adipeux lui-même, qui ne se laisse pas attaquer par le caustique de Vienne, je me décide à badigeonner cette surface avec un pinceau imbibé de solution concentrée de chlorure de zinc.

Dès lors la tumeur suit une nouvelle phase de résorption assez rapide.

Malheureusement le malade ne vient qu'à de très rares intervalles subir les cautérisations au chlorure de zinc; c'est certainement à cette négligence que nous devons la longue durée du traitement.

A l'heure présente, il ne reste à la région postérieure du cou, comme indice du lipome préexistant, qu'une cicatrice à peine sensible et une induration de très petit volume qui finira probablement par disparaître.

Le second fait que j'ai l'honneur de soumettre à votre observation a encore trait à un lipome de la région postérieure et latérale gauche du cou.

Cette tumeur a appartenu à un homme de 50 ans, M. C... (Jean), marchand de vins, et demeurant 4, rue Coquillière.

Cette seconde tumeur datait aussi de plusieurs années; elle avait lentement augmenté de volume et mesurait, avant l'opération, 7 centimètres dans le sens transversal et 5 1/2 dans le sens vertical; la saillie était telle que les mouvements de latéralité du cou et d'extension de la tête en étaient considérablement gênés. Elle présentait tous les caractères extérieurs du lipome au moment où le malade vint la première fois réclamer mes soins en janvier dernier.

Il a fallu faire trois applications de caustique de Vienne, chacune à douze jours d'intervalle, pour arriver à déterminer la chute de l'eschare cutanée.

A la suite de la troisième application de caustique de Vienne est survenue une petite hémorrhagie en nappe, sans autre conséquence que celle d'avoir un instant préoccupé l'opéré.

Le 15 février, la tumeur lipomateuse, mise à nu, montrait des masses mamelonnées que la poudre de Vienne ne pouvait plus attaquer. J'employai dès lors une solution concentrée de chlorure de zinc, et, deux fois par semaine, à l'aide d'un pinceau, j'en badigeonnai légèrement la surface saignante, qui diminuait à vue d'œil.

Au fur et à mesure que la cicatrice s'opérait, il restait à la périphérie une certaine induration que des cataplasmes de farine de lin tendaient sans cesse à diminuer. On pouvait suivre les progrès de la résorption sans que le traitement fût autre qu'une simple application de la solution chlorurée et d'un gâteau de charpie pour tout pansement.

Peu à peu cette résorption s'est terminée, et il ne reste plus aujourd'hui, comme il est facile de s'en assurer, que l'induration cutanée résultant de la destruction de la peau et de la formation de la cicatrice; celle-ci d'ailleurs est extrêmement petite, eu égard à la grande quantité de surface cutanée que le caustique a dû détruire.

En résumé, ces deux faits témoignent :

1° De l'innocuité du procédé qui, sans avoir l'apparence d'une opération, en a tous les avantages et en élude les inconvénients;

2° De la facilité avec laquelle peut se faire la destruction de tumeurs souvent fort volumineuses;

3° De ce fait, que la plupart des tumeurs avoisinant la peau vivent par elle, et par conséquent peuvent disparaître avec elle.

BIBLIOTHÈQUE

La spédalskhed à l'île Maurice,

Par M. le docteur Poupinel de Valencé, médecin de la léproserie de l'île Maurice.

Il est peu de maladies qui aient donné lieu à autant de dissertations que la lèpre. Cela se comprend, car sa gravité et les ravages qu'elle a causés depuis l'antiquité jusqu'à nos jours expliquent parfaitement les louables efforts que les observateurs de tous les temps ont fait pour la connaître jusque dans ses dernières limites, afin d'en saisir le mode et les conditions de développement et, si c'est possible, trouver le moyen d'entraver sa marche fatale.

Après quinze ans de pratique à la léproserie de l'île Maurice, le docteur Poupinel de Valencé vient de publier le résultat de ses recherches sur la lèpre. L'auteur n'a pas cru devoir faire la description de cette maladie pour la raison qu'elle se trouve décrite dans tous les ouvrages classiques, depuis les taches fauves qui en marquent le début et les tubercules qui leur succèdent, jusqu'aux hideuses déformations, à l'anesthésie et aux vastes ulcérations qui en marquent les dernières périodes. Il ne parle pas non plus des lésions anatomo-pathologiques constituées par l'atrophie des racines postérieures des nerfs rachidiens et des cordons correspondants de la moelle; elles sont connues de tout le monde. L'auteur s'est occupé surtout de l'étiologie et du traitement de cette affection.

« L'apparition de la lèpre à l'île Maurice date de 1781, et avait été signalée sur des esclaves venus de Madagascar, des côtes de Mozambique et de l'Inde; peut-être aussi sur des Européens venus dans le pays, où on la retrouve dans quelques familles. » Pour le docteur Poupinel de Valencé, c'est une maladie essentiellement héréditaire et pouvant se transmettre par contagion; il cite à l'appui de son opinion plusieurs observations personnelles ainsi que les cas du médecin de l' « île Curieuse » et de son assistant, qui contractèrent tous les deux la maladie pendant leur séjour dans la léproserie de cette île. C'est surtout les classes pauvres et malheureuses de la société qui sont frappées. Le plus grand nombre des lépreux est fourni par les Indiens, malgré la mesure prise par le gouvernement de Maurice, depuis quelques années, de les renvoyer dans leur pays. « La séquestration des lépreux, d'après l'auteur, est de la plus grande nécessité; elle s'impose autant pour eux-mêmes que pour la société. » On diminuerait, par cet isolement, les chances de contagion, et surtout celles de l'hérédité, en empêchant les lépreux de contracter des alliances dont les produits sont presque toujours atteints de cette cruelle affection.

En présence d'une maladie aussi meurtrière, aussi inexorable dans sa marche, les traitements les plus divers, les plus variés ont été successivement employés contre elle. Chaque époque a eu sa théorie sur la lèpre et chaque théorie a amené avec elle sa thérapeutique. Les uns, considérant la lèpre comme une simple maladie des téguments, ont préconisé les médications externes ; d'autres, au contraire, se sont attachés surtout à combattre la dyscrasie lépreuse, à modifier l'état du sang et des humeurs par des traitements internes. Quelques-uns, enfin, guidés par certains points d'analogie que l lèpre présente avec d'autres maladies telles que la syphilis ou le scorbut, se sont servis des mercuriaux ou des antiscorbutiques.

Après avoir essayé tour à tour l'iode, l'arsenic, l'acide phénique *intus* et *extra*, etc., le docteur Poupinel de Valencé est revenu à l'huile de *chaulmoogra* (1), qu'il prescrit à la dose de 5 à 6 gouttes matin et soir, en l'augmentant progressivement, suivant la tolérance de l'estomac, jusqu'à celle d'une cuillerée à café; il la fait prendre généralement dans du lait.

Contrairement à la pratique de Murchison et à celle de quelques médecins de l'Inde, le docteur Poupinel de Valencé panse les surfaces ulcérées avec de l'eau phéniquée ou de la teinture d'iode; il ne fait aucun pansement avec l'huile de *chaulmoogra,* qui a l'inconvénient, paraît-il, d'irriter les plaies.

Au moyen de ce traitement, l'auteur a obtenu de bons résultats.

Jules Para.

(1) *Gynocardia odorata*, arbre de la famille des Bixacées, tribu des Pangiées.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 novembre 1883. — Présidence de M. Hardy.

Il n'y a pas de correspondance.

Présentations :

M. Roger présente, de la part de M. le docteur Foissac, un volume intitulé : *Hygiène de l'enfance.*

M. Dujardin-Beaumetz offre en hommage, de la part de M. le docteur Schreiber, un volume sur le massage.

M. Vulpian présente, de la part de M. Bochefontaine, une note sur les épidémies de

choléra, de variole et de fièvre typhoïde à Villedieu-lès-Poêles. Il résulte de cette note que les ouvriers en cuivre n'ont pas été plus préservés que les autres habitants.

M. Fournier offre en hommage, de la part de M. le docteur Vidal, une brochure sur le lupus scléreux.

M. Larrey dépose sur le bureau les *Comptes rendus* de la Société de médecine et de chirurgie de Toulouse.

M. Bouley présente une note de M. Tripier (de Lyon) sur le chauffage des instruments comme moyen de prévenir le développement de la septicémie gangréneuse.

M. le Président annonce la mort de M. le docteur Seux, membre correspondant à Marseille.

M. le Président déclare une place vacante dans la section de pathologie médicale, en remplacement de M. Lasègue.

Rapport :

M. Peter lit un rapport sur le prix Portal.

Lecture :

M. Sandras lit un travail ayant pour titre : *Des inspirations ou des inhalations médicamenteuses et anti-microbiques.*

En résumé, dit M. Sandras, nous professons l'emploi d'une médication active, rationnelle et directe (*loco dolenti*) dans le traitement des maladies des voies respiratoires. Ce traitement peut être employé, sans inconvénients pour la santé, sans frais et avec une grande facilité, au moyen d'un appareil très peu coûteux.

— A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 novembre 1883. — Présidence de M. Guéniot.

Correspondance :

M. Mascarel (de Châtellerault) adresse une observation d'absence complète du col de l'utérus ; il s'agit d'une femme de 37 ans, n'ayant jamais eu d'enfants, se plaignant de douleurs vagues dans le ventre. Par le toucher vaginal, il est impossible de trouver quoi que ce soit qui ressemble au col. On trouve au fond du vagin un orifice qui conduit dans l'utérus. Le toucher rectal permet de reconnaître que le corps de l'utérus a son volume à peu près normal. En résumé, le museau de tanche fait complètement défaut. Cette femme est bien réglée. Il y a lieu de se demander, si elle devenait enceinte, s'il ne serait pas indiqué d'intervenir chirurgicalement.

Présentations :

M. Verneuil présente : 1° au nom de M. Weiss (de Nancy), une note manuscrite sur un cas de résection des deux os de l'avant-bras suivie de guérison ; — 2° un travail manuscrit sur un nouveau signe de fracture, par M. Bruchet. Ces deux travaux sont renvoyés à l'examen de M. Verneuil.

Les luxations pathologiques. — M. Delens, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Verneuil, cite les deux faits suivants qu'il a eu l'occasion d'observer : dans le premier cas, il s'agit d'une luxation de la hanche survenue dans le cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde très grave. L'enfant étant couvert d'eschares et dans un état d'émaciation très prononcé, M. Delens crut devoir ajourner les tentatives de réduction. Quelque temps après, ayant donné du chloroforme, il réduisit facilement la luxation et appliqua un appareil contentif ; malgré cela, la luxation se reproduisit ; elle fut de nouveau réduite et l'enfant finit par guérir.

Le second a trait à un garçon de 16 ans qui, à la suite d'un coup de cisailles reçu à la région occipitale, fut atteint d'accidents méningitiques qui furent pris par un médecin de la ville pour une fièvre typhoïde. Il se luxa la cuisse ; la luxation fut réduite et resta réduite après l'application d'un appareil silicaté.

Dans ces deux cas, la cause directe de la luxation échappe ; mais il n'en est pas moins intéressant de signaler qu'elles se sont produites, l'une dans le cours d'une fièvre typhoïde, l'autre dans le cours d'une méningite.

M. Lannelongue communiquera prochainement une observation analogue dans laquelle il s'agit d'une jeune fille ayant eu une luxation de la hanche consécutive à une fièvre typhoïde compliquée d'accidents rhumatismaux.

M. Lannelongue a fait l'examen anatomique et histologique des muscles atrophiés à la suite d'arthropathies chroniques; il a constaté que les fibrilles musculaires, dans ces cas, sont très réduites, mais ce qui reste est intact. Il a examiné les tubes nerveux et les a trouvés le plus souvent intacts.

M. Trélat insiste sur ce point qu'il faut établir une distinction bien tranchée entre ces cas d'arthropathies chroniques et les cas récents.

M. Verneuil se félicite que plusieurs de ses collègues aient observé comme lui des luxations pathologiques sans lésions osseuses, et se produisant pendant la convalescence de fièvres graves. Il croit que cette variété de luxations mérite d'être classée. Quant à leur pathogénie, il ne peut pas l'appuyer sur l'anatomie pathologique, n'ayant pas d'autopsies. Il ne peut que proposer une pathogénie hypothétique, c'est la théorie musculaire qu'il a indiquée dans la dernière séance.

M. Trélat fait observer que la question soulevée par M. Verneuil a un certain caractère de nouveauté. On connaissait les luxations pathologiques, mais M. Verneuil vient d'y ajouter un nouveau groupe de luxations. Celles qui se produisent dans le cours d'une fièvre typhoïde peuvent s'expliquer de la façon suivante : on sait qu'après cette maladie, on constate parfois des altérations des fibres musculaires plus ou moins étendues. Il est des cas où la fibre musculaire a complètement perdu sa contractilité. Or, les grandes articulations, l'épaule et la hanche, ne résistent pas; de là les luxations dites spontanées.

M. Després fait à la théorie de M. Verneuil cette objection : vous admettez, dit-il, que la luxation est provoquée par la paralysie musculaire, vous réduisez et tout disparaît; comment admettre que la paralysie puisse être guérie par le fait de la réduction de la luxation? En outre, lorsqu'on produit des luxations sur le cadavre, on voit que, toujours, la capsule est déchirée. M. Després persiste donc à douter qu'il s'agisse de vraies luxations dans les cas qui ont été rapportés par M. Verneuil, et croit qu'il s'agit de ces simples déplacements qu'on observe si fréquemment dans la coxalgie, et qu'on appelle à tort des luxations coxalgiques. Il lui semble, en effet, difficile d'admettre que des paralysies musculaires puissent déterminer de véritables luxations avec déchirure de la capsule.

M. Verneuil répond que l'attitude et la situation du membre, la présence sous la peau de la tête osseuse, lui paraissent des signes suffisamment caractéristiques pour qu'on puisse admettre l'existence d'une luxation sans qu'il soit besoin de l'autopsie. Il n'a jamais dit que la paralysie était guérie par le fait de la réduction de la luxation. Quant à celle-ci, elle reste réduite et ne se reproduit pas, grâce à l'application d'un appareil contentif qui maintient le membre dans une bonne position. Une luxation peut ainsi rester réduite, quand même tous les muscles qui entourent l'articulation seraient paralysés ou déchirés.

De la suture osseuse dans les fractures de la rotule. — M. Chauvel, à l'occasion d'un rapport dont il était chargé sur un malade présenté par M. Beauregard (du Havre), lit un travail sur la suture osseuse dans les fractures transversales de la rotule.

M. Beauregard, dans le courant de l'année, présenta un malade qui, deux mois auparavant s'était fait une fracture de la rotule. Le rapprochement des deux fragments étant impossible, M. Beauregard fit, dès le second jour, l'arthrotomie et la suture immédiate. Le fragment inférieur était si petit qu'après avoir passé un gros fil d'argent dans l'épaisseur du fragment supérieur, il dut faire passer ce fil au-dessous du fragment inférieur. Les suites de l'opération furent des plus simples. Deux mois après, le malade marchait et semblait guéri. Ce fut alors que M. Beauregard le présenta à la Société de chirurgie, en concluant à la guérison et aux bons résultats de la suture osseuse. Plusieurs membres ayant déclaré que l'examen de l'opéré ne leur semblait pas confirmer ces conclusions, M. Beauregard présenta de nouveau son malade deux mois après, acceptant alors les réserves qui avaient été formulées par plusieurs membres de la Société en considérant le cas comme un demi-succès à l'actif de la suture osseuse dans la fracture de la rotule. Il attribuait cet insuccès relatif à deux causes, d'abord à l'arthrite, puis à l'exiguïté du fragment inférieur. Mais il persistait à considérer la disposition des fragments, dans ce cas, comme justifiant l'opération. Quoi

qu'il en soit, M. Chauvel, tout en acceptant que l'opération semblait indiquée, considère le résultat obtenu par M. Beauregard comme peu encourageant.

M. Chauvel a pu réunir 43 observations de suture osseuse dans les cas de fractures de a rotule, dont quatre antérieures à 1877, époque à laquelle est apparue la méthode antiseptique. Sur ce nombre se trouvent 33 hommes pour 7 femmes. Dans 38 cas, il s'agissait de fractures sous-cutanées, dans trois cas de fractures avec plaie. Dans 25 de ces cas, la fracture était récente. Des diverses recherches auxquelles s'est livré M. Chauvel, en compulsant ces observations, il résulte qu'un seul fil suffit généralement, qu'il n'est pas nécessaire d'en faire passer un au-dessous du fragment inférieur, que le fil métallique est préférable à tout autre, qu'il vaut mieux le laisser en place, que le drainage est indispensable, que la réunion des parties superficielles favorise la solidité de la suture, qu'il est de toute nécessité d'employer la méthode antiseptique dans toute sa rigueur, qu'il faut placer le membre dans un appareil inamovible qui ne devra être levé qu'à la fin du premier mois.

Les suites immédiates de l'opération sont souvent dangereuses. Sur 33 observations, on compte 28 bons résultats et 5 résultats mauvais. Sur les 43 faits, 3 décès et une amputation de cuisse consécutive, ce qui fait environ 5 p. 100 de mortalité. L'atrophie et la faiblesse du membre, après l'opération, sont la règle. La consolidation fibreuse est la plus habituelle, la consolidation osseuse d'exception.

Il résulte de toutes ces considérations, selon M. Chauvel, que dans les cas de fracture ancienne de la rotule avec impotence fonctionnelle du membre, la suture osseuse est une opération utile et doit être tentée; en est-il de même pour les fractures récentes? Ici M. Chauvel hésite à se prononcer : on ne meurt pas d'une fracture de la rotule, dit-il, on peut mourir de l'arthrotomie. Aussi la suture osseuse, dans les cas de fracture récente, ne doit-elle pas être érigée en méthode générale; elle doit être réservée uniquement aux cas où la coaptation des deux fragments est absolument impossible par tout autre moyen.

M. Lucas-Championnière ne conclut pas comme M. Chauvel et se montre plus favorable à l'arthrotomie et à la suture osseuse dans les fractures récentes de la rotule. Il y a, dit-il, quelques inconvénients à rassembler tous les cas, comme l'a fait M. Chauvel, à les comparer entre eux et à en tirer des conclusions générales. Dans ces sortes de statistiques portant sur tous les faits, on arrive toujours à une mortalité relativement considérable pour une opération qui, entre les mains de certains chirurgiens, ne donne pas du tout de mortalité. C'est ainsi que dans un travail récent publié dans le *British medical* M. Lister publie 7 cas se rapportant à 7 malades qu'il a présentés à une Société chirurgicale de Londres. Aucun de ces 7 malades n'a eu le moindre accident. Chez l'un d'eux l'arthrotomie a été pratiquée deux fois sur le même genou, la mobilisation ayant été faite prématurément la première fois et les fragments s'étant de nouveau séparés. Cela fait donc 8 arthrotomies avec suture des fragments, toutes suivies de guérison plus ou moins complète. Lorsque le fragment inférieur est petit, Lister passe un fil au-dessous, dans le tendon rotulien; il a obtenu d'excellents résultats de cette manière de faire. Il n'emploie qu'un seul fil et le laisse en place; dans certains cas, il fait une ouverture d'écoulement postérieure dans le creux poplité.

M. Lucas-Championnière a lui-même pratiqué une arthrotomie avec suture osseuse de la rotule, il y a trente-cinq jours, dans un cas de fracture ancienne où la coaptation était absolument impossible, où il y avait un écartement considérable des fragments, où tout mouvement de la jambe était impossible. Il ouvrit largement le genou, dégagea chacun des fragments d'une sorte de fausse membrane épaisse dans laquelle ils étaient enveloppés, ce temps de l'opération fut laborieux; il éprouva de grandes difficultés pour rapprocher les fragments. Il dut mettre trois fils et plaça deux drains. Les suites furent aussi simples que possible. Rien à signaler en ce qui concerne l'articulation; aucun inconvénient du fait même de l'opération. Le malade est encore dans un appareil, reste à savoir quel sera le résultat fonctionnel.

Ce fait, joint à ceux de M. Lister, autorise M. Lucas-Championnière à penser que la suture osseuse immédiate dans les fractures de la rotule est une bonne opération, pourvu qu'on soit bien sûr de son antisepsie.

M. Pozzi a pratiqué, il y a quelque temps, sur un aliéné agité de l'asile Sainte-Anne, une arthrotomie avec suture osseuse de la rotule fracturée. L'opération s'est faite dans les meilleures conditions, les suites ont été des plus simples et le résultat final semblait devoir être aussi satisfaisant que possible, lorsque, sous l'influence de manœuvres de mobilisation intempestives ou tout ou moins prématurées, la rotule se rompit de nouveau.

Cet aliéné s'était, la première fois, fracturé la rotule dans une chute en s'échappant de l'asile Sainte-Anne; il fit à pied, après l'accident, plus de 400 mètres; l'écartement considérable des deux fragments, un épanchement sanguin intra-articulaire abondant, l'extrême agitation du malade rendirent l'opération assez difficile. Elle put cependant être menée à bonne fin et le malade fut placé dans un appareil plâtré. Il n'y eut pas de fièvre, pas de suppuration. La cicatrisation était complète après huit jours. Les attelles plâtrées furent laissées deux mois en place; les fils métalliques sont restés dans la plaie; le malade peut marcher, mais il avait une raideur articulaire considérable et il ne pouvait fléchir le genou. Le cal était parfaitement linéaire. M. Pozzi crut devoir mobiliser l'articulation. Des mouvements trop brusques imprimés par l'interne de garde déterminèrent la rupture de la rotule.

Malgré le mauvais résultat final, M. Pozzi signale quelques points intéressants dans cette observation : d'abord l'apyrexie complète, la parfaite tolérance des fils, une atrophie très marquée du triceps attribuable à l'immobilisation prolongée. En terminant, M. Pozzi demande l'avis de ses collègues : il serait assez disposé à tenter de nouveau la suture chez ce malade.

M. Richelot : Puisque M. Pozzi demande l'avis de ses collègues, je commencerai par lui donner le conseil d'électriser le triceps de son malade avant de recommencer la suture osseuse. Il y a dans cette question deux choses à considérer : d'abord la valeur opératoire, puis la valeur clinique. Dans la plupart des cas qui ont été signalés, la valeur opératoire a été absolue; M. Beauregard a réussi à obtenir le rapprochement des fragments, de même M. Lucas-Championnière, de même M. Pozzi. Reste à savoir quelle est la valeur clinique de ces résultats. Etant admis que l'arthrotomie antiseptique est une très-bonne opération, est-elle applicable aux fractures de la rotule ? Il ne faut s'y risquer que si elle est formellement indiquée.

On admet classiquement que l'écartement des deux fragments rotuliens est la cause unique de la gêne fonctionnelle; mais cela reste à démontrer. On sait, en effet, cliniquement, qu'il y a des malades qui marchent très bien avec un écartement plus ou moins considérable des fragments de la rotule, qu'il y en a d'autres, au contraire, qui marchent très mal sans qu'il y ait d'écartement.

Le rôle de ce dernier n'est donc pas essentiel pour la production de la gêne fonctionnelle. On raconte même qu'un chirurgien anglais, voyant un jour marcher dans ses salles un malade qui s'était fracturé la rotule et qui était guéri sans écartement, s'empressa de lui donner un croc-en-jambe afin de fracturer de nouveau sa rotule, l'écartement lui paraissant une condition indispensable à la guérison. Quoi qu'il en soit, il n'y a pas de relation exacte entre le degré de l'écartemet et le degré de la gêne fonctionnelle. Dans les fractures de la rotule, il y a toujours un certain degré d'arthrite, et, conséquemment, un certain degré d'atrophie du triceps. J'ai eu à soigner en même temps à l'Hôtel-Dieu deux malades atteints de fracture de la rotule, dans les mêmes conditions, avec le même écartement, soumis au même traitement ; l'un de ces malades a très bien marché, tandis que l'autre a présenté une impotence absolue. Pourquoi cette différence? C'est que le premier avait un triceps à peu près normal, tandis que, chez le second, le triceps faisait complètement défaut, était tout à fait paralysé. La gêne fonctionnelle tient donc beaucoup plus à l'état du triceps qu'à l'écartement des fragments. Je ne nie pas, toutefois, que l'écartement puisse être seul cause de la gêne fonctionnelle, et j'admets que dans certains cas, comme dans celui de M. Lucas-Championnière, par exemple, le triceps étant normal, une solution de continuité absolue entraîne une gêne fonctionnelle plus ou moins considérable et suffisante pour justifier l'intervention chirurgicale. Mais, dans toutes les observations où l'on considère la guérison comme la conséquence directe du rapprochement des deux fragments, il y aurait lieu d'indiquer l'état du triceps. Il est hors de doute pour moi que les malades qui ont bien marché avaient un triceps normal, et je suis bien convaincu que, dans certains cas, la guérison aurait pu être obtenue aussi bien par l'électrisation du triceps que par le rapprochement des fragments. En résumé, il importe donc de bien examiner tout d'abord le triceps, et, s'il est atrophié, de l'électriser avant de recourir à une opération n'ayant pour but que le rapprochement des fragments.

M. Gillette s'associe entièrement à la manière de voir de M. Richelot. Il considère l'opération pratiquée par M. Beauregard comme une opération mauvaise et même dangereuse. L'arthrotomie immédiate, dit-il, est une opération très grave et, bien que je sois franchement listérien, je ne le suis pas assez pour accepter cette opération dans les conditions où elle a été pratiquée par Lister lui-même. Je crois qu'on ne doit pratiquer une opération aussi grave que quand il y a une indication formelle; or, je ne vois que

deux cas dans lesquels l'arthrotomie et la suture de la rotule me paraissent pouvoir être indiquées : lorsqu'il s'agit d'une fracture de la rotule compliquée de plaie ou lorsqu'il s'agit d'une fracture ancienne ayant amené des troubles de la locomotion qu'aucun des moyens ordinaires n'est parvenu à surmonter. La consolidation osseuse n'est pas le seul élément dont il faille tenir compte; comme l'a très bien fait observer M. Richelot, l'état du triceps joue aussi un grand rôle. En outre, souvent un cal fibreux vaut infiniment mieux qu'un cal osseux.

En somme, je repousse absolument l'arthrotomie immédiate pour les fractures de la rotule, sauf en présence des deux seules indications que j'ai signalées.

M. Verneuil professe la même opinion : « Si j'avais la mauvaise chance, dit-il, en sortant d'ici, de me casser la rotule, M. Lister lui-même viendrait-il à me proposer de m'ouvrir le genou et de me pratiquer la suture osseuse, — je refuserais énergiquement. Or, comme je ne fais pas à autrui ce que je ne voudrais pas qu'il me fût fait, je condamne absolument l'arthrotomie immédiate. S'il n'y a dans le monde entier que quelques chirurgiens capables de mener à bien cette opération, ce n'est pas assez et il faut se garder de la préconiser, d'autoriser des médecins ou des chirurgiens inexpérimentés ou mal outillés à la pratiquer comme une opération de la chirurgie courante. Si l'on se laisse aller dans cette voie, on nous proposera bientôt la suture des fragments dans la fracture du col du fémur.

Il a été fait un tableau bien chargé des accidents consécutifs aux fractures récentes de la rotule. Si j'avais pris la parole avant M. Richelot, j'aurais dit mot pour mot ce qu'il a dit. M. Petit prépare en ce moment un mémoire contenant un grand nombre d'observations qui prouvent que la gêne fonctionnelle, dans les fractures de la rotule, est due surtout à la paralysie du triceps. Quand j'ai à traiter ces fractures, je cherche à obtenir la coaptation des deux fragments, et, si le triceps est en bon état, un cal fibreux suffit parfaitement. On obtient d'excellents résultats avec une simple attelle de plâtre, trois tubes de caoutchouc et dix agrafes; pourquoi aller courir les risques d'une grave et dangereuse opération, opération qui donne 4 morts sur 43 cas? N'est-ce donc rien que cette mortalité? Je proteste donc de la façon la plus formelle contre l'intervention à outrance dans le traitement des fractures de la rotule.

M. Verneuil cite même deux cas de fractures de la rotule avec plaie qu'il a parfaitement guéries, sans opération, avec le simple appareil plâtré dont il vient de parler, appareil, dit-il, avec lequel on obtient d'excellents résultats, tandis qu'avec l'arthrotomie immédiate, quels résultats obtient-on? Celui de M. Beauregard, celui de M. Pozzi. Il est dangereux de laisser s'installer dans la chirurgie courante une thérapeutique qui peut causer d'aussi graves accidents.

M. Forget a entendu avec plaisir les paroles de M. Verneuil, et s'y associe pleinement. Ce sont là de saines doctrines qui avaient cours il y a quarante ans, du temps des Boyer, des Dupuytren, etc. M. Verneuil a raison de s'élever contre les abus de la chirurgie progressiste. La bonne chirurgie d'autrefois consistait à guérir lentement, mais sûrement et sans dangers. On a même abandonné les griffes de Malgaine comme trop dangereuses, et l'on vient aujourd'hui proposer des opérations mortelles pour des cas qui, par eux-mêmes, ne font courir aucun danger aux malades!

M. Chauvel fait observer que seul M. Lucas-Championnière est allé un peu loin relativement aux indications de l'arthrotomie dans les fractures de la rotule. Dans le reste de la discussion, on ne s'est pas sensiblement écarté des conclusions qu'il a formulées. Il tient compte des réflexions de M. Richelot, qui accorde peut-être un rôle exagéré au triceps. Il est hors de doute que si l'on a un cal osseux, le triceps aura un point d'appui bien plus solide. Il est bon nombre de cas où l'électrisation du triceps paralysé est *tout à fait* insuffisante et où les malades marchent si mal que l'opération se trouve justifiée.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Liniment de Rosen.

Alcoolat de genièvre	90 grammes.
Essence de girofle . . . . }	5 —
Huile de muscade . . . . }	
Huile de ricin[1]	1 —

Mêlez. — En frictions, deux fois par jour, le long de la colonne vertébrale, chez les enfants affaiblis ou atteints de chorée. — Le même liniment est employé pour dissiper les ecchymoses, et pour amener la résolution des engorgements ganglionnaires. — N. G.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* Lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boites en cristal plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

Faculté de médecine de Paris. — *Année scolaire 1883-84* (*1er semestre*). — M. le professeur Laboulbène commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le jeudi 15 novembre 1883, à 4 heures (petit amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Hôtel-Dieu. — *Clinique médicale.* — M. le professeur G. Sée a commencé le cours de clinique le lundi 12 novembre et le continuera tous les vendredis et lundis à neuf heures un quart. Les leçons de ce semestre seront spécialement consacrées à l'étude des maladies du poumon.

Cours public sur les maladies des voies urinaires. — Le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux, commencera ce cours le mardi 20 novembre à 5 heures, amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. Mallez commencera son cours de Pathologie et de Chirurgie des voies urinaires le jeudi 15 novembre, à 8 heures du soir, dans l'Amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique (15, rue de l'Ecole-de-Médecine), pour le continuer les jeudis suivants à la même heure. L'Anatomie pathologique sera montrée par des projections photo-micrographiques.

— L'Académie des sciences a pourvu lundi dernier 12 novembre, à quatre heures, au remplacement de M. le baron Cloquet, décédé. M. le professeur Charcot a été élu membre de l'Académie pour la section de médecine et de chirurgie.

Nombre de votants, 58 ; majorité absolue, 30.

Les voix se sont réparties de la façon suivante : MM. Charcot, 46 voix ; Sappey, 12.

— *Thèses de doctorat depuis la rentrée* (*15 octobre*) :

Mardi 30 octobre. — M. Socquet : Contribution à la statistique criminelle de 1826 à 1880. (Président, M. Brouardel.) — M. Bacon : Traitement des kystes de l'ovaire par la ponction. (Président, M. Panas.)

Mercredi 7 novembre. — M. Lucas : Trachéotomie, note sur trois cas d'hémorrhagie mortelle. (Président, M. Vulpian.) — M. Leroy : Des fractures chez les ataxiques. (Président, M. Vulpian.)

Mardi 13. — M. Parreno : De la vessie céphalique par manœuvres externes pendant la grossesse. (Président, M. Pajot.) — M. Rédarès : De l'emploi du vin iodo-laudanisé dans le pansement des plaies et des ulcères. (Président, M. Richet.) — M. Escudié : Des hémiplégies dans le diabète sucré. (Président, M. Bouchard.) — M. de Langenhagen : Contribution à l'étude clinique des tumeurs solides du scapulum. (Président, M. Le Fort.)

Mercredi 14. — M. Gomot : Du purpura iodique ou typhus angeiohématique. (Président, M. Vulpian.) — M. Lhéritier : Note sur un cas de myélite chronique à diagnostic douteux. (Président, M. Charcot.)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Nayrand, qui, pendant plus de vingt ans, a exercé la médecine à la Demi-Lune, près de Lyon. Notre regretté confrère, âgé de 50 ans, avait été reçu interne des hôpitaux de Lyon en 1857.

— *Le samedi, 8 décembre 1883*, à une heure, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, quai de Gesvres, n° 4, à l'adjudication au rabais, et sur soumissions cachetées, en 45 lots, des fournitures d'*Herboristerie, Droguerie, Produits chimiques, Epiceries, Semences, Sangsues officinales* et *Substances diverses*, nécessaires au service de la *Pharmacie centrale des Hôpitaux* pendant l'année 1884.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Secrétariat général de l'Assistance publique, quai de Gesvres, n° 4, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Les doctrines parasitaires.

Ouverture du cours de pathologie interne de M. le professeur Peter.

L'éclatante protestation lancée, il y a quelques mois, dans l'enceinte académique par M. le professeur Peter contre l'envahissement de la pathologie par les doctrines microbiennes, vient d'avoir pour écho dans le grand amphithéâtre de la Faculté une leçon dont nous allons nous efforcer d'esquisser les grandes lignes.

Désirant cette année traiter dans son cours les fièvres, les maladies infectieuses et les maladies virulentes, le professeur a rappelé que de tout temps l'origine extérieure de ces affections a préoccupé et intrigué au plus haut degré les médecins. Les anciens en cherchaient l'explication dans une influence divine : le τι θειον des Grecs devint le *quid divinum* des Latins qui, déjà un peu plus sceptiques... ou plus sincères, ajoutaient *quid ignotum*.

Autrefois, on avait coutume de préciser la nature et de donner la définition des fièvres, qu'on divisait en continues, intermittentes et éruptives, des maladies infectieuses et des maladies virulentes, en se basant sur les caractères différents de leurs symptômes et de leur évolution, de leur mode d'apparition et de transmission. Au premier abord, il peut sembler que les travaux contemporains aient rendu cette tâche excessivement simple. — Aujourd'hui, les fièvres continues sont parasitaires, les fièvres intermittentes le sont aussi ; de même encore, les fièvres éruptives, les maladies infectieuses et virulentes. Il y a des parasites toujours et partout : l'étiologie est ainsi bien simplifiée.

Mais cette apparente simplicité cache un chaos médical, et le devoir du professeur est de dire à cette occasion ce qu'il pense des doctrines parasitaires.

FEUILLETON

CAUSERIES

L'hôpital français de Londres. — Biographie d'Alexandre de Humboldt, par M. Du Bois Reymond.

Il existe à Londres, dans un quartier somptueux, non loin de Regent's street, à Leicester Place, une maison qui au premier abord ne diffère en rien des autres, sauf par son âge, car elle a une apparence assez vieillotte. Cependant cette maison est un coin de la France; elle est habitée sinon par des Français, du moins par des personnes qui parlent notre langue, et si elle représente la France, ce n'est ni au point de vue de la politique ni à celui du commerce et de l'industrie, mais à celui de la charité. Le drapeau français flotte au-dessus de la porte d'entrée, et au fronton vous voyez écrit : « *Hôpital et dispensaire français.* » C'est là que vont se réfugier tous ceux que la bataille pour la vie a meurtris, et qui, se trouvant malades, sans secours, vont frapper à cette porte hospitalière, sachant qu'ils y trouveront des cœurs français pour compatir à leur misère, et des mains françaises pour soulager leurs douleurs.

Peu importe la nationalité de ces malheureux; ils sont malheureux, malades; ils parlent français, cela suffit; on leur donne asile, on les soigne, on les guérit, on leur procure quelque secours, parfois du travail, et ils rentrent dans la lutte, réconfortés. En 1882, près de 8,000 individus ont passé à l'hôpital français de Londres soit comme pensionnaires, soit comme consultants; nos compatriotes étaient au nombre de 3,300;

On peut assigner pour point de départ à toute la théorie microbienne la découverte de la bactéridie du charbon par Davaine, et celle du globule de la levûre de bière par Cagniard de Latour. C'est à ces deux savants que M. Pasteur a emprunté les éléments de sa doctrine. Par un étonnant abus de langage, on nous dit que les altérations physico-chimiques engendrées par les ferments constituent des maladies de la bière et du vin. Mais la maladie implique la vie; or, la bière, le vin n'ont aucun des attributs de la vie; bien loin d'être des substances vivantes, ces liquides ne sont que des dissolutions de principes organiques morts; on a fait une confusion étrange entre l'organique et l'organisé. Ce qui est vivant, c'est le pepin du raisin, c'est le grain d'orge qui, confié aux hypogées d'Egypte pendant des milliers d'années, en sort intact et toujours prêt à entrer en germination dans des conditions favorables. Mais l'orge, résultat de la pulvérisation du grain, n'est qu'un cadavre destiné à subir sans résistance les modifications chimiques et physiques de la fermentation.

De cette première erreur a découlé une autre plus grave, l'assimilation de nos maladies à des fermentations, — erreur séculaire dans l'histoire de la médecine, et tant de fois déjà réfutée — qui entraîne comme corollaire la possibilité de guérir la maladie en arrêtant la fermentation.

Le paralogisme médical est ici tellement évident, le sophisme si mal déguisé que le professeur n'aurait qu'à passer outre, si sur une base aussi chancelante n'avaient été édifiées trois doctrines thérapeutiques dont il importe de signaler le danger.

La doctrine de l'*hypothermisation* se propose de soustraire du calorique au fébricitant pour entraver la fermentation cause de tout son mal; car l'expérience du laboratoire nous apprend que la fermentation du moût s'arrête, quand la température s'abaisse à 18°. — Analogie grossière : la cuve où le moût fermente n'est pas l'organisme où sévit la fièvre. D'ailleurs a-t-on la prétention d'abaisser à 18° le milieu intérieur du corps par la réfrigération? C'est à peine si on réussit à faire descendre la température de 2 degrés par les méthodes qu'emploient les adeptes de cette doctrine, que ce soit le procédé de la baignade ou celui du serpentin. S'il est vrai que les bains produisent parfois des effets bienfaisants dans les maladies fébriles, c'est par un mécanisme assurément bien plus complexe que celui de la réfrigération pure et simple.

---

les Italiens, 1,400; les Suisses, 600; les Belges, 450; les Anglais eux-mêmes, 1,100; les Allemands, 300; les Russes et Polonais, 160; moins nombreux étaient les Austro-Hongrois, les Américains, les Suédois, les Espagnols, les Grecs, les Danois, etc.

Cet hôpital, comme tous les hôpitaux de Londres d'ailleurs, est alimenté par des dons volontaires, provenant en particulier du corps consulaire tout entier, notre ambassadeur en tête, et de riches commerçants français ou étrangers. Les sommes recueillies sont employées à payer les employés inférieurs, les aliments et médicaments des malades. Quant aux médecins, ils donnent leurs soins gratis. Qu'ils me permettent de les citer pour appeler sur eux la reconnaissance de nos lecteurs.

Je placerai en première ligne l'excellent docteur Vintras, directeur et médecin en chef de l'hôpital, que tous les Français de Londres ont appris à aimer en le connaissant, et dont tout le talent et le cœur sont dévoués à cette œuvre de charité, comme le disait au dernier banquet des bienfaiteurs de l'hôpital le chevalier Sperati, secrétaire honoraire de la Société italienne de bienfaisance et membre du comité de l'hôpital français. Les autres membres du corps médical sont, comme médecin et accoucheur, M. le docteur Colomiati-Meredyth; comme chirurgien en chef, M. Alex. Mac Kellar; comme oculiste, M. Ch. Higgens; comme dentiste, M. G. Hockley; comme pharmacien, M. Gabriel Jozeau; comme médecin honoraire M. H. Guéneau de Mussy, et comme chirurgien consultant, sir William Mac Cormac, l'éminent organisateur du Congrès médical international de Londres en 1881.

Jusqu'à l'année dernière, les ressources de l'hôpital français avaient été de niveau avec les dépenses; le nombre des consultants augmentait chaque année, mais les dons en argent ou en nature suivaient une proportion sensiblement égale. Malheureusement,

La deuxième doctrine thérapeutique basée sur la théorie parasitaire est celle que M. Peter appelle la *microbicidie*. Les recherches de laboratoire ayant montré que le sulfate de quinine, l'acide salicylique, l'acide phénique, l'hydrogène sulfuré entravent la vitalité des microbes, on s'est proposé de tuer les microbes dans l'organisme malade par l'administration de ces médicaments, tout en utilisant la propriété hypothermisante de plusieurs d'entre eux. « Je ne sais, dit M. Peter, si on a tué des microbes, mais je sais qu'on a tué quelquefois le porteur du microbe! » On se flatte « d'atteindre dans les profondeurs de l'organisme les millions de milliards de microbes qu'il recèle », ou, du moins, de modifier le milieu vivant, qu'on appelle aujourd'hui assez singulièrement le milieu de culture, au point de le rendre impropre à la vie du microbe? Modifier le milieu intérieur, mais c'est revenir à la thérapeutique d'autrefois... essayer de tuer le microbe, c'est parfois tenter l'homicide.

La doctrine des *inoculations préventives* est certainement celle qui a le plus contribué à la fortune des théories pastoriennes. — L'idée mère bien vieille est celle-ci : les maladies infectieuses ne récidivent pas, en général (il est toutefois des exceptions, la diphthérie, l'érysipèle, l'infection putride). Elles modifient tellement l'organisme par leur première atteinte qu'il perd désormais toute réceptivité à leur égard. Une première atteinte, si bénigne qu'elle soit, peut conférer l'immunité tout comme une atteinte grave. Sur ces données cliniques exactes s'est élevée l'idée rationnelle de l'atténuation des virus et de l'inoculation de ces virus atténués.

Cette idée est du professeur Toussaint, de Toulouse, qui atténuait le virus du charbon en le chauffant à 50°. M. Pasteur emploie, lui, le procédé des dilutions successives par des cultures, pendant lesquelles les virus subissent la double influence de l'oxygène et du temps. Mais sa doctrice repose à la fois sur un vice de raisonnement, un abus de langage et une faute d'observation clinique.

Le vice de raisonnement consiste à considérer les atténuations de virus comme des vaccinations. On croit agir à l'imitation de Jenner. Mais Jenner inoculait le virus d'une maladie, toujours bénigne chez la vache, à l'homme chez qui elle reste également bénigne, parce que l'observation lui avait montré l'homme devenu, par cette inoculation, réfractaire à une autre maladie grave analogue, mais non identique. En inoculant les virus atténués du

---

l'année dernière, les secours accordés aux malades ont seuls suivi la progression habituelle, tandis que les recettes ont baissé de plus de 7,500 francs. Il y a dans cette situation un côté qui intéresse trop la charité française pour que nous n'ayons pas songé à en faire part à nos lecteurs, espérant qu'ils voudront bien en tenir compte, et faire leur possible pour y remédier.

Si jamais nous avons regretté que l'*Union médicale*, dont l'extension est cependant fort belle pour un journal de médecine, n'ait pas la même clientèle que les journaux politiques, c'est certainement aujourd'hui. Nous aurions pu peut-être, faisant appel à la charité publique, dire à nos lecteurs, comme l'ont fait nos confrères de la presse extra-médicale dans d'autres circonstances, combien il serait nécessaire d'étendre les services que rendent à Londres l'hôpital et le dispensaire français. Le jour n'est pas encore bien éloigné où les Parisiens donnaient des fêtes au profit des inondés de Szegedin, de Murcie, des victimes de la catastrophe d'Ischia. Cette fois, il s'agit de Français, et d'autant plus dignes de notre pitié et de notre charité, qu'ils sont à l'étranger. Voici l'hiver, saison de plaisirs pour les mêmes Parisiens, de souffrances plus cruelles que jamais pour nos compatriotes malheureux à Londres; l'hôpital français est là pour les secourir, mais l'argent lui manque; allons, un bon mouvement; que nos confrères de la grande presse y songent, et il serait facile pour eux d'organiser une fête qui serait tout profit pour ceux qui s'amusent ici et pour ceux qui souffrent là-bas!

* * *

J'ai dit que le corps diplomatique avait souscrit chaque année une certaine somme en faveur de la caisse de l'hôpital français. « Les dons de ces messieurs, dit le compte

charbon, de la rage, de la morve, ce sont ces maladies elles-mêmes qu'on inocule. « On combat l'identique par l'identique, et non l'analogue. » Or, on oublie que le microbe, si atténué qu'il soit, reste toujours lui-même, conserve sa vitalité propre, et, après qu'on pensera par des cultures successives avoir abaissé de 100 à 1 le taux de sa virulence, on sera tout surpris de lui voir retrouver sa force primitive, remonter de 1 à 100 l'échelle de la virulence, parce qu'il aura retrouvé un milieu favorable dans l'organisme vivant d'un sujet affaibli. Quel que soit le soin qu'on ait pris d'interpréter, avec habileté, les résultats obtenus, il n'a pas été possible de dissimuler les accidents de ce genre, qui se sont montrés dans toutes les séries d'inoculation... chez les animaux fort heureusement jusqu'ici.

C'est un abus de langage, un euphémisme à l'usage du public extra-médical de décorer du nom de vaccination ce qui doit s'appeler inoculation. Sans doute vaccination sonne mieux à l'oreille, mais dire inoculation est plus sincère.

C'est une erreur d'observation de nier la propriété qu'a tout virus, si atténué qu'on le suppose, de retrouver sa virulence première dans des conditions déterminées. L'inoculation de la variole n'est pas précisément renouvelée des Grecs, elle date des Chinois, de ce peuple qui, après avoir inventé tant de choses, s'est un beau jour cristallisé dans sa civilisation incomplète. En Chine, on faisait des inoculations préventives avec du pus de varioleux qu'on pensait avoir affaibli par la dessiccation; mais, de temps à autre, un cas de variole grave était le résultat de cette inoculation d'un virus cru mitigé. Et de nos jours Trousseau, préoccupé de l'épuisement possible du vaccin jennérien, n'a-t-il pas essayé de revenir à l'inoculation du virus variolique? En vain il prenait celui-ci chez des sujets légèrement atteints pour l'inoculer à des organismes vigoureux; il eut d'abord quelques beaux résultats, puis des cas graves, puis des accidents mortels; il y renonça.

Cultivateurs et vétérinaires ont observé la même chose en ce qui concerne l'inoculation de la clavelée. Mais admettons que l'inoculation d'un virus atténué, du charbon par exemple, ait donné quelques beaux résultats, que, si quelques sujets inoculés ont succombé, la majorité du troupeau de bœufs n'ait eu qu'un charbon bénin. Combien va durer l'immunité acquise? — Six mois, un an, de l'aveu même de l'auteur de la doctrine! — Sans doute une immunité, même si courte, peut être utile à l'agriculteur, qui, après

---

rendu annuel, ont pour nous un prix tout particulier, car c'est une marque de sympathie de la part des nations qu'ils représentent et un nouvel encouragement pour continuer à ouvrir nos portes à tous les peuples du monde et à faire de l'hôpital français une œuvre cosmopolite. »

Si on jugeait la sympathie des gouvernements étrangers d'après le montant de leurs souscriptions, on verrait que la sympathie de l'Allemagne n'est pas très caractérisée. En effet, le consul général de ce pays, docteur von Bojanowski, a souscrit pour la modeste somme de 26 francs, alors que l'hôpital a dépensé pour ses compatriotes plus de 2,000 francs. La reconnaissance des services rendus et l'encouragement à les continuer sont un peu faibles, surtout quand on les compare à ceux du gouvernement italien, qui a souscrit pour 5,000 francs, alors que la dépense occasionnée par les malades de son pays était de 7,800 francs.

Mais ceci ne nous étonne pas absolument. Il faudrait être bien naïf, je crois, pour s'attendre à un peu de sympathie de ce côté, surtout par le temps qui court. Mais aussi, c'est bien notre faute, si j'en crois un article que je ne m'attendais guère à trouver dans la *Revue scientifique*, et sorti de la plume de M. Du Bois Reymond.

*
* *

Tous nos lecteurs connaissent ce savant professeur de physiologie et recteur de l'Université de Berlin qui, en 1870, peu de temps après le début de la guerre franco-allemande, croyait devoir s'excuser devant son auditoire, à Berlin, de porter un nom français. Plus tard, faisant constater à ses élèves, dans un cours de physiologie, je crois, que l'aiguille aimantée se déviait de 5 degrés, il crut plaisant d'ajouter ces paroles :

tout, ne veut préserver sa bête que pour la mener à bref délai à la boucherie. « Il fait la part du feu... pardon, du charbon. » — Mais que devient ce raisonnement d'agriculteur dans la bouche du médecin? Ira-t-on inoculer à l'homme sain, en vue d'une immunité si fugitive, les virus atténués de tant de maladies qu'il ne contractera peut-être jamais?

Revenons donc à la vraie médecine, à la médecine d'observation clinique. Elle nous démontre qu'il existe des maladies propres à certaines espèces animales (charbon, morve, péripneumonie, rage), des maladies propres à l'homme, la syphilis, les fièvres éruptives; que certaines maladies ne sont propres à l'espèce humaine que dans certaines contrées (choléra, fièvre jaune ou peste) et que ces maladies, transplantées hors des milieux où elles sont endémiques, ne peuvent persister dans les milieux nouveaux et finissent par s'éteindre. La vraie médecine nous enseigne encore que la spontanéité de l'organisme vivant lui permet de se créer à lui-même sa maladie, que le microcosme humain peut modifier celle que le macrocosme extérieur lui envoie. — Après cela, qu'il y ait des microbes dans un organisme humain malade, en quoi cela change-t-il les données du problème de la contagion? « Le microbe est à celui qui le porte, comme l'enfant à sa mère. »

Nous savons que le poison qui a pu naître spontanément dans un organisme humain avec l'aide de certaines conditions extérieures, le typhus des camps, par exemple, peut atteindre par contagion d'autres organismes humains, et qu'à l'autotyphisation peut succéder l'hétérotyphisation. Que l'agent contagieux soit d'ordre matériel, que ce soit un liquide ou un solide, nul n'a songé à le nier; quand nous disions miasme ou effluve, nous pensions bien désigner par ces mots quelque chose de pondérable; mais, quand on nous montre aujourd'hui triomphalement un corpuscule figuré, le microbe, en nous disant : voilà le coupable, on ne voit qu'un très petit côté de la question.

D'ailleurs ces corpuscules figurés sont-ils vraiment l'agent toxique? N'en sont-ils pas seulement les vecteurs? On ne peut s'empêcher de se rappeler qu'à l'origine de toutes choses, la matière organique a existé avant la matière organisée; que, suivant l'expression de Léon Marchand, l'amorphe précède le figuré; que le protoplasma de Hugo Mohl doit s'envelopper d'une gangue pour devenir la monère primordiale, et qu'enfin, comme le dit Huxley, l'amorphe est la base même de la vie.

« Ah! Messieurs, ce n'est pas encore cinq milliards! » Depuis, on avait été assez froid, en France, pour ce pseudo-Français, qui voulant rentrer en grâce dans notre presse scientifique, n'hésita pas à démentir ses propos de 1870, non pas en s'en excusant, mais en niant qu'il les eût tenus. Malheureusement, ils avaient été imprimés dans le *National Zeitung* de Berlin, où un de nos jeunes compatriotes les plus distingués, M. le docteur R. Blanchard, les retrouva sans trop de peine. De là une polémique engagée entre M. Du Bois Reymond et M. Blanchard, et qui ne fut pas à l'avantage du premier. On peut en juger par la lecture du récit qu'en a fait le sympathique agrégé de la Faculté de médecine dans son livre sur les Universités allemandes, dont nous avons reproduit ici même quelques extraits.

Donc, M. Du Bois Reymond, rentré en grâce dans la *Revue scientifique*, par ce procédé peu digne, vous en conviendrez, vient d'insérer dans ce recueil un éloge d'Alexandre de Humboldt dont la place serait beaucoup mieux dans le *National Zeitung* que dans un journal français.

D'abord, les Humboldt sont assez connus du public auquel s'adresse la *Revue scientifique*, pour qu'on n'ait pas besoin des renseignements que pouvait donner sur leur compte M. Du Bois Reymond; d'autre part, en admettant que cet article ait pu paraître dans ce journal à titre de curiosité, il eût été bien, ou de supprimer certains passages politico-haineux qui s'y trouvent, ou de les relever vertement, comme ils le méritaient. Nous regrettons que l'aimable directeur de la *Revue*, dont personne, assurément, ne songe à mettre en doute ni la science ni le patriotisme, n'ait pas cru devoir le faire.

Nous sommes de ceux qui pensent que, lorsqu'il s'agit de science pure, il ne faut pas trop regarder à la couleur du drapeau national; mais, lorsque les savants sont en même

M. le professeur Peter termine en disant que, s'il se refuse à souscrire aux théories microbiennes d'un chimiste comme Pasteur, il se trouve, en admettant la spontanéité morbide de l'organisme, marcher d'accord avec un autre chimiste, M. Bouchardat, qui invoque pour expliquer la genèse des maladies virulentes la transformation spontanée des organites normaux, — avec Béchamp (de Lille), chimiste lui aussi, qui admet la transformation des microzymas physiologiques en microzymas pathogènes, — et marcher enfin d'accord avec un médecin de quelque renom, quoique ancien,.... Hippocrate qui a dit : « Quæ faciunt in homine sano actiones sanas, eadem in ægroto morbosas. » — C'est marcher en bonne compagnie.

Paul Le Gendre.

HYGIÈNE PUBLIQUE

L'industrie nourricière et la loi Roussel.

Rapport de M. Jacoulet sur les moyens pratiques de diminuer la mortalité des enfants du premier age.

Il ne faudrait pas croire que la loi humanitaire à laquelle M. Th. Roussel a si honorablement attaché son nom ait produit tous les heureux résultats qu'on est en droit d'en attendre. Par sa position administrative, M. Jacoulet (1), directeur du service des Enfants-Assistés de la Seine à Auxerre, était en mesure de faire connaître avec une autorité légitime l'insuffisance des efforts entrepris jusqu'à ce jour pour améliorer le sort des nourrissons et de montrer combien, aujourd'hui encore, l'organisation de la surveillance laisse à désirer.

On connaît l'effrayante mortalité de ces enfants. Sur 922,704 naissances, elle devrait être de 46,135 seulement, et elle s'élève à 166,811. « Ainsi donc, 120,656 enfants du « premier âge sont victimes chaque année de systèmes, on peut le dire, barbares, mis « en pratique dans notre pays pour élever les enfants. »

En présence de cette situation désastreuse, on croit généralement que les autorités armées de la loi Roussel sont unanimes à poursuivre sévèrement l'application des attentats quotidiens dont la vie des nourrissons est l'objet. C'est là une erreur; à

(1) *Rapport spécial à M. le Directeur de l'Assistance publique, exposant divers moyens pratiques de diminuer la mortalité des enfants du premier âge*, par M. Jacoulet, directeur du service des Enfants-Assistés de la Seine à Auxerre.

---

temps des hommes politiques, lorsqu'ils sont aussi notoirement hostiles à notre pays que l'ont été, en 1870, M. Du Bois Reymond et M. Virchow, je crois qu'il faudrait y regarder à deux fois avant de donner l'hospitalité dans nos journaux à leurs travaux, dans la crainte d'y trouver quelque allusion blessante à notre adresse.

*
* *

Voici le passage en question. Après avoir rappelé le long séjour d'Alexandre de Humboldt en France, et même à la cour du roi Louis-Philippe, l'amitié qui l'unissait à nos savants, à l'illustre Arago en particulier, M. Du Bois Reymond s'écrie :

« Quelle douleur n'éprouverait-il pas (aujourd'hui, s'il vivait), de voir à quel prix il a fallu acheté la résurrection de la puissance de l'empire d'Allemagne, et, à la place des sentiments d'estime et d'amitié réciproques qui de son temps unissaient la France et l'Allemagne et qu'il avait contribué à fortifier, de ne trouver, chez le peuple français, que haine, soif de vengeance et hostilité irréconciliable! Humboldt, en vrai fils du XVIIIe siècle, se sentait, comme Gœthe, citoyen du monde, sans être pour cela plus mauvais patriote. Pour lui, qui avait passé la meilleure part de sa vie à Paris, en relations avec les hommes les plus éminents, rien n'était plus antipathique que les exagérations de ce qu'on appelle le chauvinisme; rien n'était plus pénible que de voir cette maladie morale, qui nous ramène à un état social primitif et barbare, s'étendre sur l'Europe comme une épidémie, et menacer plus sérieusement les progrès de l'humanité que ne pourrait le faire la rivalité des dynasties. »

Nous ne voulons pas suivre M. Du Bois Reymond dans ces considérations de politique fantaisiste. Mais est-ce bien à lui d'accuser la France de haine envers l'Allemagne! Quel

preuve, cet aveu auquel la situation administrative de M. Jacoulet donne une incontestable valeur : « Par suite de l'incurie et de la négligence de certaines communes à « constituer leur comité de patronage, la loi tutélaire de M. Th. Roussel n'est pas appli- « quée partout. »

L'Etat a pris en main la surveillance des nourrices et la protection des nourrissons; c'est donc à lui d'assurer l'exécution des règlements. A cet effet, le Directeur du service des Enfants-Assistés à Auxerre demande la création, à Paris, d'une Direction centrale des nourrices sous la responsabilité d'un chef unique relevant du pouvoir central. Cette institution n'ayant pas un caractère officiel pourrait efficacement concourir au recrutement des nourrices, et, combinée avec l'organisation actuelle de la surveillance prescrite par la loi Roussel, n'aurait plus les inconvénients attachés à l'ancienne Direction municipale des nourrices, supprimée il y a douze ans. Elle aurait à la fois pour objet d'assurer aux nourrices le paiement de leur salaire et de leur distribuer, après un allaitement de douze mois, une allocation de cent francs, si elles présentaient aux parents, en présence du Directeur et du médecin de l'établissement, un enfant en bonne santé. Cette prime serait acquise de droit, payée séance tenante, et réduite proportionnellement à la durée de l'allaitement dans le cas où les parents sèvreraient l'enfant avant l'expiration de l'année.

« Pour quiconque connaît la cupidité des femmes de la campagne, écrit M. Jacoulet, « nul doute que le nourrisson de la Direction centrale serait traité exceptionnellement.

« Il ne faut pas s'y tromper; tout est dans la question de paiement des salaires et des « récompenses aux nourrices qui proportionnent leurs soins à la valeur de l'argent « qu'on leur donne. On ne doit pas leur en vouloir, si elles ne peuvent pousser plus « loin le désintéressement; *et toutes les lois concernant la surveillance et les soins à donner « aux nourrissons tomberont d'elles-mêmes sans le secours de ce puissant excitant : l'Argent.* »

— « Et puis, ajoute encore M. Jacoulet, nous accordons à l'éleveur d'un taureau ou « d'un poulain une médaille en or et une prime de mille francs; serait-il généreux, « serait-il logique de refuser une récompense de cent francs à une pauvre femme qui « aura mérité bien autrement en conservant un enfant à sa famille et à la patrie. »

M. Jacoulet motive donc énergiquement son projet; et il me semble que, si tous nos administrateurs possédaient une telle conviction secondée par une aussi grande expérience, ces réformes seraient adoptées et exécutées par les personnages auxquels il s'adresse hiérarchiquement.

Comme le montre l'auteur, elles n'exigent pas de nouvelles dépenses; elles sont simples et pratiques, n'augmentent pas le nombre des fonctionnaires; tous motifs qui font honneur à leur promoteur, mais qui, il faut le craindre, suffiront peut-être pour ne pas en déterminer l'adoption. En tout cas, elles n'en sont pas moins dignes d'attention de la part des médecins ou des économistes, et, pour notre part, nous en félicitons très sincèrement le sympathique Directeur des Enfants-Assistés d'Auxerre. — C. L. D.

---

crime ! Voyez la Prusse ; elle a été battue par la France sous le règne de Napoléon Ier, mais comme elle lui a pardonné en la voyant abaissée après Waterloo ! Jamais le moindre souvenir de haine jusqu'en 1870 ; au contraire, l'amitié la plus franche ! Mais alors pourquoi notre bonne amie a-t-elle dévasté la moitié de notre pays ? Et si la haine allemande a couvé depuis 1815 jusqu'à 1870, pourquoi M. Du Bois Reymond voudrait-il que la France ait déjà oublié la sanglante tragédie de l'année terrible !

L'Allemagne, elle, ne cherche qu'à oublier, tout le monde le sait, qu'elle nous a pillés sans merci avant de nous rançonner de 5 milliards et de prendre en outre l'Alsace et la Lorraine ; mais de la haine contre nous ! Allons donc ! lisez plutôt ses journaux ! C'est tout miel !

Evidemment la France a tous les torts, mais elle en aurait un bien plus grand si elle croyait que sa bonne amie est de bonne foi avec elle, comme le savant directeur de la *Revue scientifique* a cru M. Du Bois Reymond revenu à de meilleurs sentiments vis-à-vis de notre pays. Pour nous, nous retrouvons dans cette accusion de haine de la France envers l'Allemagne, de menace du chauvinisme envers tout progrès de l'humanité, le même esprit qui inspirait le recteur de l'Académie de Berlin lorsqu'il disait à ses auditeurs : « Messieurs, excusez mon nom français ! »

SIMPLISSIME.

JOURNAL DES JOURNAUX

EXTRAITS DE LA REVUE DE MÉDECINE (AOUT ET SEPTEMBRE 1883).

Des angines de poitrine, par M. Henri HUCHARD. — Il n'y a pas une angine de poitrine; il y a des angines de poitrine. Cet état morbide est un syndrôme qui répond à des états anatomiques variés et représente des maladies différentes au même titre que les palpitations et les syncopes.

Les théories si nombreuses proposées jusqu'à ce jour pour expliquer la nature de l'angine de poitrine peuvent être cataloguées en artérielles, nerveuses, myocardiaques, diathésiques. La plupart renferment une portion de la vérité et peuvent s'appliquer à certains cas, mais non à tous.

L'angine de poitrine, qui mérite seule ce nom, est due à des lésions capables de déterminer l'*ischémie cardiaque*, à une altération de l'aorte et surtout des artères coronaires (a. de poitrine d'*origine artérielle*). C'est là l'angine de poitrine *vraie*, celle dont on meurt; on peut l'appeler maladie de Rougnon-Heberden, pour rendre justice aux deux premiers auteurs dont la description est restée classique.

L'ischémie cardiaque peut être de *cause organique*; dans la plupart des cas, elle est due à une obturation incomplète des artères coronaires. M. Huchard en a observé récemment un exemple incontestable. Un sujet jeune, alcoolique, syphilitique et fumeur, mais n'ayant présenté pendant la vie aucun bruit morbide du cœur et des vaisseaux, meurt subitement d'un accès typique d'angine de poitrine : la nécropsie révèle une aortite oblitérante ayant amené un rétrécissement considérable de l'embouchure de la coronaire, aortite demeurée si bien latente au point de vue clinique qu'en l'absence d'autopsie ce cas eût été revendiqué sans doute par les partisans de l'angine de poitrine *sine materia* ou par névralgie cardiaque. Dans les cas de ce genre, le cœur insuffisamment nourri par des vaisseaux rétrécis est en état d'imminence permanente d'angine de poitrine; comme, dans la claudication intermittente par rétrécissement des artères iliaques, les muscles des membres inférieurs deviennent douloureux à la moindre fatigue, toute cause qui précipite le mouvement du cœur, émotion, effort, fait naître des accidents douloureux dans le muscle cardiaque ischémié. L'examen de 72 observations a permis de relever 38 fois des altérations des coronaires, 17 fois des altérations de l'aorte. Par contre, la théorie qui fait reposer l'angine de poitrine sur la névrite du plexus cardiaque ne s'appuie jusqu'à ce jour que sur six autopsies, les unes non probantes, puisqu'elles notent en même temps un rétrécissement des coronaires, les autres incomplètes, parce qu'il n'y est pas fait mention de l'état de ces artères.

L'ischémie du cœur peut être simplement *fonctionnelle*. Tandis que l'angine de poitrine par ischémie de cause organique est généralement mortelle (*angina major*), l'angine de poitrine par ischémie fonctionnelle du cœur (*angina minor*) se termine presque toujours par la guérison. Elle s'observe dans l'hystérie si féconde en troubles vaso-moteurs, en spasmes de tout genre, et surtout dans l'intoxication par le tabac, qui peut la produire par plusieurs mécanismes : 1° par son action constrictive sur les vaisseaux artériels; 2° par son action spéciale sur les pneumo-gastriques et le système nerveux; 3° par l'influence qu'il exerce sur les fonctions digestives.

L'angine de poitrine des fumeurs présente une physionomie spéciale. Elle s'accompagne presque toujours de troubles fonctionnels du cœur (ralentissement et affaiblissement des battements, intermittences, arhythmie, palpitations, syncopes), et aussi de quelques troubles de la respiration (dyspnée, asthme nicotique). Les accès disparaissent assez rapidement, comme presque tous les accidents du tabagisme, après la cessation complète de l'habitude de fumer. Les accès se terminent très rarement par la mort : aussi l'angine de poitrine nicotique, par ses caractères cliniques, sert-elle de transition entre l'angine de poitrine vraie dont on meurt et les pseudo-angines dont on ne meurt pas.

Les *pseudo-angines* de poitrine, qui diffèrent autant des précédentes qu'une attaque épileptiforme d'un accès comitial, sont :

1° *D'origine nerveuse et arthritique*. L'angine de poitrine des névropathes ou des neuro-arthritiques (hystériques, neurasthéniques, arthritiques, hypochondriaques) s'observe à tous les âges, mais plutôt avant 30 ou 40 ans. Elle s'observe plus souvent chez la femme. Les accès se répètent fréquemment, parfois périodiquement, sont souvent nocturnes, comme les paroxysmes des autres affections arthritiques, faux croup, asthme, goutte; ont une durée assez longue (1/2 heure à 3 heures); sont spontanés ou causés par les influences les plus variables, mais rarement provoqués par des causes identiques, comme le sont ceux de la maladie de Rougnon-Heberden par les efforts, la marche, etc.; sont précédés plutôt que suivis par les troubles vaso-moteurs, et quelque-

fois même causés par eux (angine de poitrine vaso-motrice d'Eulenburg et Landois); ils sont séparés par un état de bonne santé relatif; ils coëxistent ou alternent avec d'autres manifestations du nervosisme.

2° *D'origine gastrique ou par dilatations cardiaques.* L'angine de poitrine myocardiaque ou gastro-myocardiaque se voit à tous les âges et dans les deux sexes également. Les accès moins violents, mais plus longs que ceux de l'angine vraie, éclatent souvent après les repas, même les plus légers parfois, consistant plutôt en une sensation de plénitude de la poitrine que de constriction du thorax, s'accompagne de dyspnée et d'anhélation, d'un état syncopal et coexiste fréquemment avec les signes de dilatation des cavités cardiaques.

Au point de vue étiologique et pathogénique, M. Huchard admet cinq groupes : 1. L'angine de poitrine organique peut dépendre de la syphilis, de l'alcoolisme, de la goutte, du saturnisme. 2. Les angines nerveuses se rencontrent dans l'hystérie, la neurasthénie, l'hyopchondrie, la maladie de Graves et même l'épilepsie. 3. Les angines réflexes peuvent être d'origine viscérale, gastro-intestinale, par exemple, ou d'origine périphérique. 4. Les angines diathésiques se rattachent à l'arthritis, au diabète, à la syphilis. 5. Les angines toxiques peuvent être causées par le tabac, l'abus du thé ou du café, l'alcool, l'oxyde de carbone, l'impaludisme.

Le *traitement* de l'angine de poitrine vraie, qui n'est pas aussi incurable qu'on le croit généralement, doit être curatif et préventif des accès. Il faut s'abstenir des émissions sanguines. Les inhalations de nitrite d'amyle, qui agit comme stimulant, comme tonique du cœur et de la circulation, les préparations de nitro-glycérine ou trinitrine, les injections de morphine sont les deux meilleurs moyens de soulager pendant l'accès. Pour les prévenir, une hygiène sévère et la médication iodurée doivent être instituées. — Le traitement des pseudo-angines consiste d'abord à calmer la douleur, ensuite à prescrire, suivant l'indication causale, les eupeptiques, les alcalins, les antispasmodiques.

De la surdité complète unie ou bi-latérale consécutive aux oreillons, par Lemoine et Lannois. — Une observation publiée par ces auteurs est la quatorzième qui existe dans la science. Les troubles auriculaires apparaissent quelques jours après le début des oreillons, soit même avant le gonflement des parotides. En deux à quatre jours, la surdité est complète, s'accompagne constamment de bruits subjectifs, exceptionnellement de douleur, vertiges ou vomissement, et semble résister à tout traitement. On admet qu'il s'agit d'une lésion du labyrinthe, exsudat brusque séro-fibrineux ou hémorrhagique. Expliquée tantôt par une propagation de l'inflammation le long du nerf facial, depuis la parotide jusqu'à l'organe de Corti, tantôt par la stase de substances nuisibles qui ont pénétré dans la circulation par auto-infection secondaire, la surdité est classée par MM. Lemoine et Lannois parmi les manifestations locales rares de la maladie ourlienne et non parmi ses complications.

Note sur deux cas d'accidents survenus pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, par Vulpian. — Dans le premier, il s'agit d'une artérite de l'artère crurale droite s'étant révélée quelques jours après le début d'une dothiénentérie assez légère par des douleurs vives dans la région antéro-interne de la cuisse, suivies de troubles circulatoires dans la jambe et le pied du même côté. Le second fait est un cas d'atrophie du muscle deltoïde droit survenue pendant la convalescence et causée par une myélite amyotrophique localisée.

Hémiplégie faciale inférieure, hémiplégie brachiale légère avec *paralysie complète des extenseurs de la main* sur l'avant-bras, à gauche, survenues à la période ultime d'une affection cardiaque, par F. Sorel.

Crampe fonctionnelle du cou, par Ch. Féré. — Cette affection est décrite par M. Jaccoud sous le nom de forme clonique d'hyperkinésie de l'accessoire de Willis. Dans les deux cas cités par Féré, la contraction douloureuse ou non des muscles se manifeste à propos des mouvements, est continue et progressive sans secousses appréciables et doit être séparée des tics qui occupent la région cervicale.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Suite. — Voir le numéro du 10 novembre 1883.)

M. Vulpian présente encore une note de M. J. Dejerine *sur le nervo-tabes périphérique*

(*ataxie locomotrice par névrites périphériques, avec intégrité absolue des racines postérieures, des ganglions spinaux et de la moelle épinière*).

Les troubles de la sensibilité et de la motilité, caractéristiques de la sclérose des faisceaux radiculaires postérieurs de la moelle épinière, sont bien connus depuis assez longtemps et constituent, par leur union, la maladie que l'on désigne sous le nom de *tabes dorsal* ou *ataxie locomotrice progressive*. Je me propose de démontrer, dans la présente note, que des symptômes semblables, présentant avec ceux du *tabes dorsal* une analogie très grande, si ce n'est absolue, peuvent être observés en dehors de toute participation de la moelle épinière, et n'être que la conséquence de névrites périphériques généralisées.

Deux cas, que j'ai eu l'occasion d'observer, en fournissent la démonstration complète.

Le premier concerne un homme d'une quarantaine d'années, entré dans mon service à l'hôpital Lariboisière pour de la faiblesse des membres inférieurs. Ce malade présentait les symptômes de l'ataxie arrivée à une période assez marquée d'incoordination. Abolition du réflexe patellaire. Troubles très marqués de la sensibilité, anesthésie, analgésie dans les membres inférieurs. Pas de myosis. Diminution légère du volume des masses musculaires des membres pelviens. Signe de Romberg. Ce malade ayant succombé, l'autopsie me démontra les altérations suivantes : Moelle épinière, saine à l'œil nu. Racines postérieures, saines également à l'œil nu et au microscope. Les nerfs cutanés pris dans différents points de la peau des jambes et des cuisses, et traités comme les racines par l'acide osmique et le picrocarmin, montrent des altérations très prononcées de névrite parenchymateuse. La moelle épinière et les ganglions spinaux, examinés au microscope après durcissement, sont absolument sains.

Le second fait, plus complet encore que le précédent, a trait à une femme que j'ai observée récemment à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Vulpian, que je suppléais alors. Cette femme, d'une cinquantaine d'années, fut amenée sur un brancard à l'hôpital, ne pouvant pas marcher. Depuis plusieurs mois, dit-elle, elle a commencé à sentir des douleurs dans les membres inférieurs, et peu de temps après elle a commencé à avoir de la difficulté à marcher; peu à peu, elle est arrivée à ne plus marcher du tout. Depuis quelques semaines, elle accuse des douleurs dans les bras. C'est une femme légèrement cachectique, alcoolique probablement. La station debout est encore possible, mais à condition d'avoir les yeux ouverts, sinon elle s'affaisse. Pas de myosis. Amaigrissement des muscles du corps. Force musculaire encore très marquée. Diminution légère de la contractilité faradique. Incoordination absolue des membres inférieurs (mouvements de pantin), un peu moins intense aux membres supérieurs. Anesthésie et analgésie très marquées, avec retard de plusieurs secondes dans la transmission des impressions douloureuses, sur toute la surface du corps, la face exceptée. Pas de thermo-anesthésie. Abolition du réflexe patellaire. Les troubles de la sensibilité sont d'autant plus marqués que l'on examine des points de la peau plus inférieurs. A l'autopsie, on trouve une hépatite interstitielle. La moelle paraît saine à l'œil nu, ainsi que les racines. L'examen microscopique, pratiqué à l'état frais, m'a révélé les particularités suivantes. Les nerfs cutanés des jambes, des cuisses, des bras, de l'abdomen, du thorax, présentent des lésions de névrite parenchymateuse arrivée à un degré extrême. Il n'y a pas un tube sain par préparation dans les nerfs de la peau des cuisses et des jambes; l'acide osmique n'a aucune action sur eux. Mêmes altérations dans la peau des autres régions, diminuant légèrement à mesure que l'on remonte vers l'extrémité supérieure du corps. Altérations légères des nerfs intra-musculaires : légère multiplication des noyaux des faisceaux primitifs. Intégrité absolue des racines postérieures et antérieures dans toute la hauteur de la moelle. Après durcissement, la moelle épinière et les ganglions spinaux, examinés au microscope, ne présentent pas d'altérations.

Voici donc deux faits, avec contrôle histologique, dans lesquels des symptômes tabétiques très accentués, relèvent uniquement de névrites périphériques, sans participation aucune de la moelle épinière ou des ganglions spinaux au processus morbide. Ces faits, dont je ne connais aucun exemple analogue dans la littérature médicale, démontrent que certains syndromes tabétiques peuvent être réalisés en dehors de l'intervention de la moelle épinière, contrairement à ce que l'on croyait jusqu'ici. Dans un travail qui paraîtra sous peu, je les rapporterai avec plus de détails, au point de vue clinique, comme au point de vue anatomique.

Conclusions. — On peut observer, en clinique, des troubles de la sensibilité et de la motilité, analogues à ceux du *tabes dorsal classique*, et cependant en différant complètement comme pathogénie, puisque la moelle est intacte, et qu'ils sont sous la dépendance de lésions des nerfs périphériques. On peut désigner cette affection sous le nom de *nervo-tabes périphérique*, par opposition au *tabes médullaire*.

M. DE QUATREFAGES présente des études anthropologiques, intitulées : *Hommes fossiles et hommes sauvages*.

L'Académie n'a pas oublié les débats auxquels donnèrent lieu, il y a moins de vingt ans les découvertes de Boucher de Perthes et la mâchoire de Moulin-Quignon. Aujourd'hui l'existence de l'homme quaternaire n'est pas seulement universellement reconnue ; nous connaissons de plus un certain nombre de ses races et nous pouvons nous faire une idée de leur genre de vie, grâce aux milliers d'objets qui ont été recueillis.

L'existence de l'homme tertiaire est controversée de nos jours, comme l'avait été celle de son successeur. Trop souvent aussi, comme par le passé, des considérations étrangères à la science sont intervenues dans le débat. Chose remarquable, les théologiens et les libres-penseurs se sont parfois trouvés d'accord pour attribuer aux hommes actuels des *précurseurs* plus ou moins rapprochés des singes. Toutefois, pour les premiers, ces êtres pithécoïdes ont disparu avec les créations dont ils avaient été temporairement les représentants les plus élevés ; pour les seconds, ils ont été nos ancêtres, et nous en sommes physiologiquement les petits-fils. En dehors de ces spéculations qui n'ont rien de scientifique, l'existence de l'homme tertiaire, sans être aussi évidemment démontrée que celle de l'homme quaternaire, me semble avoir pour elle un certain nombre de faits positifs. J'ai principalement insisté sur ceux qu'a fait connaître M. Capellini. Les moulages qu'il a bien voulu envoyer au Muséum et dont je reproduis les photographies me semblent vraiment démonstratifs.

La manière dont se sont constituées les populations européennes, les éléments ethniques qui leur ont donné naissance, ont été, on le sait, l'objet d'une multitude de travaux. Pour résoudre ces problèmes, on en était réduit, jusqu'à nos jours, aux données fournies par les historiens classiques. L'anthropologie préhistorique, éclairée par l'anatomie, est venue, presque subitement, apporter à cette étude des éléments absolument nouveaux et dont il est de plus en plus évident que l'on devra tenir grand compte. Nulle part cette vérité ne se manifeste avec plus d'éclat que dans le magnifique ossuaire recueilli par M. de Baye dans les curieuses grottes artificielles, découvertes par lui dans le département de la Marne. Là j'ai trouvé réunies toutes les races de l'époque quaternaire, à l'exception de celle de Canstadt. Mais elles y sont associées à un élément nouveau, qui a apporté avec lui les industries de la pierre polie.

Chacune de ces races a ses représentants parfaitement purs dans cette belle collection ; mais ont trouve aussi de nombreux métis. Les résultats du croisement présentent parfois des faits très curieux. Tantôt il y a *fusion* tantôt *juxtaposition* des caractères. Sur une même tête, l'un des orbites présentait la forme si caractéristique de la race de Cro-Magnon, tandis que l'autre avait été emprunté, de toute pièce, à une race très différente. J'ajouterai que M. Verneau a rapporté des Canaries un crâne qui présente la même singulière particularité.

C'est dans l'Océanie et surtout en Mélanésie et en Polynésie que j'ai cherché des exemples de populations sauvages. Je n'ai guère parlé des Malais que pour faire ressortir les caractères qui les distinguent des groupes ethniques auxquels ils touchent et qui parfois se mêlent à eux. J'ai étudié de plus près les Papouas et les Négritos.

Les Papouas sont une race exclusivement pélasgique, que bien des anthropologistes regardent encore comme à peu près confinée dans la Nouvelle-Guinée et les archipels voisins. Mais il faut reconnaître de plus en plus qu'elle a eu aussi ses moments d'expansion et de dissémination. D'une part, elle apparaît comme conquérante dans quelques îles de la Micronésie; d'autre part, nous avons montré, M. Hamy et moi, que c'est à elle seule que peuvent être rapportés quelques crânes bien positivement originaires de l'île de Pâques et de la Nouvelle-Zélande. Cette race a donc couché, à l'est et au sud, aux extrémités de ce monde maritime.

Les Négritos, à peine connus il y a bien peu d'années et confondus encore aujourd'hui avec les Papouas par quelques anthropologistes, se sont, au contraire, étendus à l'ouest et au nord-ouest. Ils ont laissé des traces irrécusables au Japon; on les retrouve encore aux Philippines et dans bien des îles de l'Archipel malais; ils constituent seuls la population indigène des Andamans, en plein golfe du Bengale. Enfin, ils ont jadis peuplé une grande partie des deux presqu'îles de l'Inde, et j'ai montré ailleurs que l'on peut suivre leurs traces jusqu'au pied de l'Himalaya et au delà de l'Indus jusqu'au lac Zérah. Je n'ai pu qu'esquisser ici l'histoire de cette race, dont les représentants ont été, dans le passé, le type des Pygmées asiatiques dont parlent Pline et Ctézias, et dont les métis étaient ces Ethiopiens à teint noir et à cheveux lisses qui figuraient dans l'armée de Xerxès. J'espère reprendre ce sujet dans un autre ouvrage.

J'ai consacré deux longues *Etudes* à une autre race noire, bien moins importante par nombre, par l'étendue de son habitat, mais qui a pour l'anthropologiste un intérêt

tout spécial et vraiment douloureux. Elle n'existe plus; son dernier représentant, une femme, est mort en 1877. On comprend qu'il s'agit des Tasmaniens.

Les documents recueillis par divers auteurs anglais et surtout par Bonwick donnent de nombreux renseignements sur les caractères intellectuels et moraux des Tasmaniens. Je ne saurais ici entrer dans aucun détail à ce sujet. Je me borne à rappeler que, lorsqu'on n'eut plus à les combattre, le colonel Arthur lui-même alla jusqu'à dire : « Nous « devons le reconnaître aujourd'hui, c'est une race simple, mais vaillante et douée de « nobles instincts. » L'histoire de la tribu de Big-River et de son héros Montpéliata, que je reproduis avec quelques détails, justifie pleinement cet hommage rendu aux Tasmaniens par un de leurs plus implacables ennemis.

La destruction totale des Tasmaniens, accomplie en soixante-douze ans au plus, sur une terre mesurant 4400 lieues carrées, soulève un problème douloureux et au premier abord difficile à résoudre. On l'a mise tout entière sur le compte de la barbarie, dont les Européens civilisés ont trop souvent usé envers les sauvages et qui nulle part ne s'est exercée d'une plus terrible manière qu'en Tasmanie. Mais je suis convaincu que c'est là une erreur. Certes, je ne voudrais atténuer en rien les crimes des convicts et des colons, contre lesquels ont d'ailleurs énergiquement protesté, en Angleterre et dans la colonie même, les voix les plus autorisées et en particulier celle de Darwin. Mais ni la guerre, avec tous ses excès, ni les désastres inséparables d'une expropriation forcée, n'ont été la principale cause de l'anéantissement des Tasmaniens. Ils ont surtout péri atteints de ce mal étrange, que les Européens ont transporté partout avec eux dans ce monde maritime, et qui frappe, en pleine paix, des populations en apparence florissantes.

La phthisie, dont nos chirurgiens de la marine ont reconnu la généralisation, est certainement un des éléments de ce mal. Mais, si elle explique l'occroissement de la mortalité, elle ne rend pas compte de la diminution de la natalité. Or, ces deux phénomènes sont aussi accusés l'un que l'autre. Le capitaine Jouan a vu aux Marquises, dans l'île de Taïo-Habé, la population tomber en trois ans, en pleine paix, du chiffre de 400 âmes à celui de 250. Pour contrebalancer ces 150 décès, on ne comptait que 3 ou 4 naissances. Il est évident qu'à ce compte les populations doivent fondre rapidement et là est certainement la principale cause de la disparition des Tasmaniens.

COURRIER

Faculté de médecine. — L'assemblée générale des professeurs, le jeudi 15 novembre, a classé les candidats à la chaire de pathologie interne dans l'ordre suivant : MM. Damaschino, Dieulafoy, Grancher. La nomination de M. Damaschino, choisi par la Faculté, est soumise à l'approbation du ministre.

Nous adressons au nouveau professeur nos félicitations les plus sincères et les plus amicales.

Asile Sainte-Anne. — M. Magnan reprendra, dans l'amphithéâtre de l'admission, ses leçons cliniques le dimanche 18 novembre, à neuf heures et demie, et les continuera les dimanches et mercredis suivants à la même heure. Ses leçons porteront plus spécialement cette année sur les *différents délires chez les héréditaires.*

Cours public de chirurgie dentaire pratique. — Le docteur Aguilhon de Sarran a commencé son cours de *Clinique des maladies de la bouche et des dents* le lundi 12 novembre courant, à cinq heures du soir, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure, 13, rue Suger.

— Le docteur Léon Labbé reprendra ses conférences de clinique chirurgicale à l'hôpital Beaujon, le mardi 13 novembre 1883, et les continuera les mardis suivants.

— M. le professeur Ball commencera son cours de clinique des maladies mentales, le dimanche 18 novembre, à dix heures du matin, à l'asile Sainte-Anne, et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

— Un concours s'ouvrira désormais à la Faculté de médecine de Paris, au mois de juillet de chaque année, pour tout emploi de chef de clinique qui serait vacant à cette époque ou au mois de novembre.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Des neurasthénies et de leur traitement.

I

La neurasthénie classique et les états de *nervous exhaustion*, d'*irritable nervous weakness* et de *nervous weakness*. — Le nervosisme et l'*American nervousness*. — Le fonds commun des *neurasthénies* et des *neurataxies*. — Son critérium clinique. — Son critérium étiologique. — Indications générales du traitement. — Neurasthénies diathésiques. — Neurasthénies de cause chirurgicale.

Depuis le livre fameux de Whytt au siècle dernier jusqu'au chapitre sur la neurasthénie de M. Henri Huchard dans la récente édition du *Traité des névroses*, et le livre de M. Weir-Mitchell sur le même sujet, les cliniciens ne se sont pas encore mis d'accord sur la nomenclature et la pathogénie des états névropathiques désignés sous les dénominations les plus diverses de *vapeurs* (Pomme), de *cachexie* (Lorry), de *surexcitation* (Gillebert d'Hercourt), de *diathèse* ou *fièvre nerveuse*, d'*hystéricisme* et plus récemment de *nervosisme* (Bouchut) ou de *neurasthénie*. Synonymie fort riche assurément, mais dont la confusion mérite quelque peu le nom de tour de Babel de la neuropathologie.

En effet il ne faut pas confondre ces divers états morbides dans la neurasthénie classique, car cette dénomination n'est pas d'une signification grammaticale équivalente à celle d'épuisement nerveux (*nervous exhaustion*), d'affaiblissement nerveux (*nervous weakness*), de faiblesse irritable (*irritable nervous weakness*), ou de cet état nerveux dont les médecins du nouveau monde font un privilège de leurs compatriotes, sous le nom d'*American nervousness*.

Ce n'est pas là une discussion de subtilités grammaticales, puisque les symptômes classiques de ces névropathies ne sont pas le monopole de la neurasthénie. On les retrouve encore dans le tableau clinique de l'hystérie, dans quelques formes de l'irritation spinale et dans le chapitre que les anciens médecins consacraient à l'hypochondrie. Il existe donc bien un fonds commun entre ces manifestations pathologiques (1) dont l'affaiblissement et l'épuisement nerveux constituent les deux termes extrêmes. Ces prémisses une fois acceptées, on peut déterminer les indications étiologiques et symptomatiques, locales ou générales d'une intervention thérapeutique raisonnée.

La symptomatologie générale de ces névropathies ne consiste-t-elle pas dans des troubles simultanés, successifs ou isolés des appareils nerveux psychiques, moteurs, sensitifs, vaso-moteurs et sécrétoires; en un mot, de tous les appareils nerveux de la vie de relation ou de la vie végétative? Au lit du malade, elle ont des allures mobiles et capricieuses; ce sont des *névroses à surprises*. A des analogies de symptômes correspond une origine commune, et tous ces accidents dépendent de modifications de la puissance des centres nerveux avec perversion, augmentation, diminution ou suspension des activités fonctionnelles.

On a placé la cause de ces phénomènes morbides dans des perturbations vasculaires, l'anémie et plus rarement l'hyperémie; ou bien dans la dystrophie des éléments nerveux. Cette hypothèse est justifiable; mais les troubles circulatoires ou nutritifs n'en sont pas moins subordonnés les uns aux autres; on ne doit donc pas les considérer isolément dans le traite-

(1) Voir Beau. (Discussion à l'Académie sur le nervosisme, de M. Bouchut, 1863.)

ment. On a bien aussi invoqué des modifications chimiques des tissus qu'accuse l'altération des sécrétions et que ne dénoncent cependant pas la balance ou les réactifs chimiques; soit, mais c'est là une théorie *à priori* qui attend sa démonstration.

Enfin voici d'autres facteurs pathogéniques : la dynamogénie et l'inhibition; une perte de résistance de certaines parties de l'appareil nerveux, telle que les impulsions se disséminent sur des conducteurs qui ne leur sont pas destinés, qu'une seule excitation provoque des réflexes multiples, des arrêts d'activités ou de fonctions que normalement elle ne doit pas modifier, de sorte que, par exemple, dans l'état de faiblesse irritable, le malade accusera des sensations douloureuses anormales dans le foie ou l'intestin. Combattre la débilité nerveuse serait alors le meilleur moyen de diminuer ces troubles dynamiques.

Partielles ou générales, ces perturbations varient par leur modalité plutôt que par leur nature. Voici une malade *neurasthénique*; chez elle, la diminution de la puissance des centres médullo-encéphaliques est caractérisée à la fois par des troubles moteurs et sensitifs, par de la cérébro-sthénie et des perturbations des actes de la vie organique.

Dans l'*hystérie*, si voisine de la neurasthénie classique, le pouvoir de contrôle des centres nerveux supérieurs est aboli, épuisé ou suspendu, d'où les perturbations de l'état mental et de la volonté, la *neurataxie*, les phénomènes émotionnels et convulsifs réflexes, la perception des sensations internes, les paralysies, les contractures, les anesthésies, tous accidents qui témoignent de la faiblesse irritable ou de l'épuisement nerveux. Ici encore, où la psychose s'associe à la névrose, on retrouve le même fonds commun et conséquemment les mêmes indications thérapeutiques.

Voici une *hypochondriaque* qu'aucun symptôme n'autorise à placer parmi les nosomanes. Comme une hystérique, elle est en puissance de faiblesse nerveuse, son appareil nerveux a perdu de sa résistance aux impressions viscérales, et elle manifeste de plus une intense concentration de l'esprit sur lui-même. Il en est encore de même de l'état *névropathique des convalescents* et des individus héréditairement prédisposés ou soumis à certaines diathèses; leur sensibilité et leur émotivité sont plus vives; leurs réflexes plus rapides et plus nombreux; chez eux, l'irritabilité générale est augmentée. Que ces désordres se localisent, et on constatera des palpitations cardiaques, de la polypnée, des dyspepsies, des névralgies ou des insomnies et tous les attributs du *nervosisme*. De tels malades sont des *nerveux* plutôt que des *névrosiques*; un lien de parenté les unit cliniquement et consiste précisément dans ce fonds commun de faiblesse nerveuse irritable. A côté de la neurasthénie classique, il y aurait donc lieu d'ouvrir le chapitre nouveau des NEURASTHÉNIES, chapitre bien voisin d'ailleurs et cependant bien distinct de celui des NEURATAXIES. La clinique justifierait ce groupement, ne dût-on invoquer en faveur de sa légitimité et en dehors des hypothèses ou des doctrines que le vulgaire aphorisme : *Naturam morborum ostendunt curationes*. Dans tous ces états, en effet, l'indication générale du *traitement symptomatique et pathogénique* est, d'une part, de calmer et, d'autre part, de fortifier.

Quelles en sont donc les indications étiologiques? On a invoqué l'*hérédité* et la *diathèse nerveuse*, en exagérant leur puissance, au détriment d'autres diathèses originelles ou acquises mieux établies. C'est ainsi qu'il n'est pas rare de constater leurs relations pathogéniques avec le *rhumatisme vague*, la *goutte* et l'*arthritisme*. Après Gerdy, Trousseau, Pidoux, et avec le commentateur du livre d'Axenfeld, ne doit-on pas souvent y voir des NÉVROPATHIES ARTHRITIQUES? On a encore attribué à l'*anémie* et l'*aglobulie* une fécondité pathogénique trop grande. Les altérations du sang suivent les troubles nerveux aussi souvent qu'elles les précèdent. Mais, une fois éta-

blies, elles réagissent sur la nutrition. Dans ce cercle vicieux, le thérapeute doit donc améliorer l'état local pour modifier l'état général.

N'est-ce pas encore de cette cause que relève l'état *névropathique des nourrices*, des *convalescents* de diphthérie ou de dothiénentérie, de gens qui abusent des *travaux intellectuels* ou sont soumis à l'action trop souvent banale des *passions déprimantes?* Enfin, ces facteurs pathogéniques ne sont pas les seuls : ne sait-on pas que des manifestations névropathiques réflexes sont provoquées par les *excitations génitales*, *uréthrales* ou *ovariques*, par les *exercices physiques* (équitation), par une chute, un *traumatisme* ou une simple *irritation psychique*?

A côté des indications *étiologiques générales* se placent des indications *locales* et même parfois *chirurgicales*; mais ce sont là des cas particuliers et, en résumé, le traitement doit consister : 1° à amender l'état général et la nutrition de l'appareil nerveux; — 2° à combattre les diathèses et à s'adresser à la spécificité; — 3° à modifier l'état mental; — 4° à supprimer les irritations périphériques ou viscérales et à intervenir dans les épisodes locaux, c'est-à-dire contre les troubles circulatoires, digestifs, moteurs, sensitifs ou sensoriels. — C. L. D. *(A suivre.)*

Lettres de Suisse et d'Allemagne

Berne, 11 novembre 1883.

Un mot sur les Universités des pays de langue allemande. — La réunion générale des médecins suisses à Olten. — La résection de l'estomac à Berne — Le pansement de Kocher au sous-nitrate de bismuth. — Un traitement de la diphthérie par l'essence de térébenthine à l'intérieur.

Après trois mois de vacances, les cours viennent de recommencer dans les Universités suisses et allemandes. Il n'est donc pas inopportun d'inaugurer cette correspondance par un rapide coup d'œil sur le régime et les habitudes scolaires qui sont analogues dans les deux pays.

L'ouverture officielle du semestre d'hiver, de beaucoup le plus important, avait lieu le 15 septembre dernier, mais sur le papier seulement. A cette époque, en effet, les étudiants n'étant pas encore de retour, les listes d'inscription sont vierges de noms et les salles absolument désertes.

Il est tacitement convenu qu'on n'a pas à se presser et que nul cours ne commencera effectivement avant le 25 octobre au plus tôt. Aussi chaque professeur ouvre-t-il son cours quand bon lui semble, c'est-à-dire au moment où il possède un nombre suffisant d'auditeurs. Tout se passe donc sans nulle cérémonie, et on se trouve en famille comme si l'on ne s'était jamais quitté.

J'ai parlé tout à l'heure de listes d'inscription ; permettez-moi à ce propos de vous donner une esquisse de la vie de l'étudiant en médecine de Suisse et d'Allemagne, et de rectifier des erreurs souvent commises au sujet de nos mœurs universitaires.

L'assiduité aux cours n'est pas facultative comme on l'a écrit à tort ; seulement, au lieu de prendre tous les mois une inscription comme en France, l'étudiant s'inscrit une seule fois sur les registres officiels en arrivant à l'Université. Cette immatriculation, qui donne lieu à la perception d'un droit de quelques francs, est accordée seulement sur la production d'un certificat de maturité dont le programme correspond à votre baccalauréat ès lettres. En dehors de cette immatriculation officielle, l'étudiant doit s'inscrire, chaque semestre, auprès de chacun des professeurs dont il désire entendre les leçons, et verser entre leurs mains une rétribution s'élevant en moyenne à 5 francs par heure et par semestre. Le choix des cours est complètement libre, et l'étudiant suit le programme qu'il préfère, sans que personne ait rien à lui dire.

La journée d'un étudiant en médecine comprend ici de huit à dix heures de séjour dans les laboratoires, les amphithéâtres de dissection, les cliniques ou les salles de cours théoriques. Les professeurs ont l'œil sur leurs élèves, les connaissent individuellement, et au bout du semestre, refusent aux paresseux ou aux négligeants le certificat d'assiduité réglementaire. C'est là un retard de six mois dans les études, l'ajournement des examens et de nouvelles dépenses.

De plus, à la fin du semestre, pour qu'un certificat soit valable, comme moyen de contrôle, le professeur mentionne sur le *livret* que possède chaque étudiant, les notes d'assiduité qu'il mérite. Or, la production de ce livret est exigée pour les examens.

Cette surveillance est des plus faciles, les Facultés de médecine étant de petites familles où chacun se connaît, surtout en Suisse. Comment voulez-vous qu'il en soit autrement dans un pays qui, ne comptant pas trois millions d'habitants, possède quatre Universités : Genève, Berne, Bâle, Zurich, et deux académies assez importantes : Lausanne et Neuchâtel ?

Il existe de plus deux catégories d'élèves dans chaque Faculté : le groupe des *nouveaux étudiants*, qui préparent leur propédantique (examen correspondant à vos deux premiers de doctorat, nouveau régime) ; le groupe des *anciens*, c'est-à-dire les *cliniciens* ou candidats à l'examen d'état. Au point de vue de l'activité au travail, ils se divisent en groupes bien divers. Les uns, formés d'écoliers fort turbulents, sont des recrues toujours prêtes pour les *Sociétés d'étudiants*. C'est parmi eux que, rapière en main, on se coupe la figure et on croise le fer pour un coup de coude maladroit donné sur un trottoir. D'autres sont plus calmes, vont à l'hôpital, ne portent pas les fameuses couleurs distinctives d'une de ces bruyantes Sociétés, vraiment trop admirées par un certain journal de médecine français. Ils se battent rarement et leur travail est plus sérieux. Ici, d'ailleurs, le type de l'étudiant de vingtième année se rencontre rarement, car, en vertu d'une disposition universitaire qui donne à réfléchir aux moins travailleurs, il *n'est pas permis de recommencer indéfiniment ses examens*.

Un étudiant laborieux a, d'ailleurs, de nombreux cours à suivre quotidiennement; il travaille donc plus à l'hôpital ou à l'Université que dans sa chambre. Voici à peu près l'ordre des travaux et les matières enseignées dans nos diverses Universités.

Avant le propédantique, c'est-à-dire pendant deux ans, période correspondant à la préparation de votre baccalauréat ès-sciences restreint et de votre premier examen de médecine sous l'ancien régime, les cours obligatoires ont pour sujet la physique, la chimie, la zoologie ou anatomie comparée, et l'anatomie systématique, tous les jours pendant une heure. Après le second semestre, la physique et la chimie sont remplacées par la physiologie expérimentale et les travaux pratiques. L'après-midi est en général consacrée à la dissection et à l'histologie pendant l'hiver, ainsi qu'à diverses conférences. En été, la dissection est remplacée par le cours théorique et les pratiques d'histologie ou les manipulations de chimie biologique.

Après le propédantique, la matinée est consacrée à des cliniques d'une heure et demie sur la gynécologie, la chirurgie, la médecine et les maladies des yeux. Elles commencent à six heures et demie du matin et se succèdent jusqu'à midi et demi ; plus tard, la clinique ophthalmologique est remplacée par des leçons d'anatomie pathologique générale et spéciale.

Dans l'après-midi, de deux heures à six heures, les cours sont consacrés successivement, pendant deux heures, à l'histologie pathologique ou à d'autres leçons théoriques, et, pendant une heure et demie, à la clinique obstétricale.

La journée est donc bien remplie, et dans ce système, il y a beaucoup à apprendre, les cours étant faits essentiellement pour l'étudiant, et le tenant au courant du mouvement scientifique dans toutes les branches de l'art médical.

Par le fait du petit nombre des étudiants, de ce régime et de ces mœurs, l'ouverture des Universités est fort monotone et la rentrée de l'étudiant en médecine ressemble à celle du lycéen revenant prendre place à son banc. Seul, le discours du nouveau recteur vient passagèrement, au milieu de novembre, animer quelque peu cette vie si régulière et si bien remplie. Il est, en effet, de vieille tradition que le recteur, qui change chaque année, lise avec solennité et académiquement à ses collègues et aux élèves, un travail en général assez ennuyeux sur un sujet quelconque de haute science. C'est l'occasion de faire une sorte de fête, dernier écho des vacances, réunissant étudiants et professeurs sans distinction de Facultés. Ces discours sont loin de posséder toujours un intérêt médical, et là encore, il faut en rabattre des appréciations souvent données en France sur les usages traditionnels de nos Universités.

Cette année, au moment de l'ouverture des cours, avait lieu à Olten, petite ville du centre de la Suisse, une réunion générale des médecins, véritable Congrès dans lequel deux de nos meilleurs chirurgiens suisses, les professeurs Kocher (de Berne) et Socin (de Bâle) ont, présenté de nouvelles observations de cancers du pylore, traités par la résection de l'estomac. En Allemagne et en Suisse, cette opération est toujours à l'ordre du jour, et, sur les trente cas connus dans la littérature médicale allemande, dix se sont terminés par la guérison. Vingt-six opérations ont été faites sur des cancéreux, quatre dans des cas d'ulcère rond de l'estomac. Trois de ces derniers malades ont guéri rapidement, et ces chiffres plaideraient énergiquement en faveur de l'opération dans le traitement de cette dernière maladie. Il resterait seulement sept cas de guérison à l'actif de l'intervention opératoire dans les dégénérescences carcinomateuses de l'estomac. Chez

les dernières opérées, deux femmes de 40 ans environ, les fonctions stomacales se sont complètement rétablies. Six semaines après l'opération, elles s'alimentaient sans qu'on observât de troubles digestifs. De plus, la malade de M. Kocher n'a éprouvé d'une part aucun symptôme fébrile, d'autre part aucun amaigrissement sensible, grâce à l'administration de lavements de bouillon.

Une autre observation intéressante en faveur du nouveau pansement antiseptique avec le bismuth a été présentée par M. Kocher; elle a trait à un jeune garçon, entré dans les premiers jours d'octobre à l'hôpital de Berne avec une plaie par arme à feu. Une balle avait pénétré dans la cavité abdominale en perforant les cartilages de la septième et de la huitième côte et la paroi de l'estomac, alors distendu par des aliments. Elle était perdue dans la masse de ces derniers comme un boulet dans un rempart de terre, ainsi qu'on put le constater en pratiquant la laparotonie. Les bords de la plaie stomacale furent rapprochés par une suture de catgut, complétée elle-même par une suture de Lembert avec de la soie fine. La cavité péritonéale fut désinfectée avec la solution de sous-nitrate de bismuth à deux pour cent. Six jours plus tard, les fils étaient enlevés, et vingt jours après, le malade retournait à ses occupations sans avoir eu ni péritonite ni fièvre.

Une autre médication antiseptique fait en ce moment quelque bruit en Allemagne, c'est le traitement de la diphthérie par la térébenthine, selon la méthode de Bosse (de Domnan, Prusse orientale). Il administre cet agent de la même manière que dans les empoisonnements par le phosphore, c'est-à-dire sous la forme de térébenthine pure et fraîchement rectifiée, à la dose bi-quotidienne d'une cuillerée à soupe aux adultes, une cueillerée à dessert aux enfants âgés de plus de cinq ans, et une cuillerée à café aux nouveau-nés. Il prescrit simultanément l'usage du lait ou du vin en abondance.

Immédiatement après l'administration, fort désagréable sans doute, du médicament, le malade éprouverait un sentiment de brûlure dans le pharynx, de pression à l'épigastre et vomirait parfois abondamment. Quelques heures plus tard viennent en général des selles imprégnées fortement de l'odeur de la térébenthine. Celle-ci aurait le précieux avantage d'empêcher la reproduction des fausses membranes.

L'emploi de cet agent est inspiré par les travaux de Koch, qui avait cru remarquer l'action de la térébenthine sur un bacille encore problématique de la diphthérie. Puisse le traitement nouveau n'être pas aussi problématique dans ses résultats! — E. Lardy.

ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883.

Le rapport de M. le docteur Eck *au gouvernement russe sur le choléra d'Egypte.*

Le *Messager officiel* de l'empire russe vient de publier un extrait du rapport officiel adressé au ministre de l'intérieur par M. Eck, délégué en Egypte par son gouvernement pour étudier les origines et la marche de l'épidémie cholérique et signaler les mesures sanitaires les plus utiles pour en prévenir l'extension en Europe. Ce rapport, dans lequel il n'est pas question de microbes, mais où M. Eck étudie l'épidémie au point de vue médical et hygiénique, se termine par des conclusions sévères pour le gouvernement actuel de l'Egypte.

D'abord, pour notre distingué confrère de Russie, la nature de la maladie n'est pas douteuse, et le choléra était bien le mal des Indes et non pas une de ces affections de fantaisie imaginées pour faire croire à l'origine égyptienne de l'épidémie. L'importation des Indes à Damiette ne fait pas doute dans l'esprit du docteur Eck, et, à son avis, son apparition avait été précédée d'un grand relâchement dans l'observation des mesures quarantenaires et d'un défaut coupable de surveillance sanitaire par les autorités compétentes. L'accusation, ainsi formulée dans cette pièce officielle, est grave à coup sûr, et aussi parfaitement légitime.

Quelles mesures doit-on prendre pour l'avenir? M. Eck n'hésite pas à déclarer que le Conseil sanitaire d'Alexandrie doit être modifié. Actuellement, il se compose de vingt-deux membres; il n'en compte que douze dont l'indépendance soit certaine et dont l'intérêt soit de prendre toutes les mesures prophylactiques pour préserver l'Europe. Les dix autres sont plus ou moins sous la dépendance du gouvernement égyptien, c'est-à-dire de la diplomatie britannique. Nous n'insisterons pas plus longuement sur ces vices de l'organisation de la prophylaxie sanitaire en Egypte, l'*Union Médicale* ayant déjà maintes fois, et bien avant le début de l'épidémie de 1883, signalé les dangers qui en résultent.

Le délégué du gouvernement russe conclut donc à la nécessité d'une réforme de cette organisation; mesure sage assurément et dont les gouvernements européens ont le devoir urgent de hâter la réalisation. — C. E.

CORRESPONDANCE

Mon cher confrère,

L'article « L'Electricité animale et l'Electrothérapie », qui a paru dans l'*Union Médicale*, m'oblige à protester contre des assertions erronées qui tendent à se répandre et contre des procédés dont l'abus s'est depuis quelques années trop fréquemment renouvelé. J'hésite d'autant moins à vous demander la publication de cette lettre, qu'il s'agit ici de combattre non seulement *pro domo, sed pro patria.*

L'article en question n'est, il est vrai, qu'une *analyse* d'une conférence faite par le professeur Mc-Kendrick aux membres de « l'Association anglaise pour l'avancement des sciences »; mais, au lieu de nous borner à l'analyse des publications faites à l'étranger, n'aurions-nous pas mieux à faire, en relevant les passages où, au mépris de toute équité, les savants français sont ouvertement dépouillés de leurs plus justes titres d'estime ou laissés dans un volontaire oubli? Il serait temps d'avoir l'oreille à cette espèce de mot d'ordre qui semble, partout à l'étranger, entretenir contre les productions françaises la conspiration du silence et du dédain.

Par les petites choses, on peut juger des grandes. Voici un exemple dont je puis garantir l'authenticité, le fait m'étant personnel : Dans une Université allemande, le professeur faisant l'historique des travaux publiés sur l'électrothérapie, passe rapidement sur les miens et signale avec éloge et complaisance un traité anglais, qui n'est autre chose que la *traduction à peine modifiée* de mon *Guide pratique d'électrothérapie.*

Quoi qu'il en soit, j'aurais passé sous silence cet incident déjà vieux de quelques mois si des faits analogues, trop significatifs, ne se reproduisaient ailleurs même qu'en Allemagne, et s'il n'y avait en tout ceci un intérêt plus général, plus élevé qu'une simple question de personne.

C'est principalement sur les sujets dont le côté historique est le moins familier au public français que notre bonne foi est surprise. Ici, comme ailleurs, nous sommes un peu les premiers coupables, je le sais bien. Sans sortir du sujet de cet article, avec quelle impartialité exagérée, toujours à notre préjudice, n'accueillons-nous pas les travaux de tous les auteurs qui se sont occupés d'électrothérapie à l'étranger et surtout en Allemagne, empressés, moi tout le premier, je le confesse, à faire valoir leurs productions! « Tirez les premiers, messieurs les étrangers. » Toujours! Et comment répondent-ils à cette courtoisie confraternelle? Elargissant les coudes, épurant les listes, ils se bornent le plus souvent à se citer entre eux; ou, quand ils citent les travaux d'autrui, ils s'en attribuent tranquillement les découvertes. Ainsi, dans la leçon de M. Mc-Kendrick, aucun nom français n'est cité, et cependant, quoi qu'on en puisse dire, l'électrothérapie est une science essentiellement française; il est bon de ne pas le laisser oublier.

Vais-je rappeler ce lieu commun, que pour l'application scientifique des courants induits, personne n'a égalé Duchenne? D'un autre côté, avant Remak, ainsi que je l'ai écrit maintes fois, nous avions Hiffelsheim qui avait montré cliniquement et physiologiquement les ressources que l'on peut tirer des courants provenant directement de la pile.

Duchenne et Hiffelsheim ont, il est vrai, tenu fort peu de compte des questions d'électricité animale; ils avaient pour cela trop de sens clinique. Mais nous sommes modestes pour les nôtres, tandis que nos voisins enflent l'importance des recherches faites chez eux; il n'y a pour eux si petite découverte qui ne doive être le point de départ d'une rénovation scientifique, car ils savent que quelque chose de l'importance qu'ils prêtent aux sujets, rejaillit sur les personnes. Aussi, ils ont sacré Du Bois Reymond le plus grand génie physiologique, et ils écrivent des volumes sur ses thèmes. Hermann (et non Hartmann comme le dit votre article) a eu un vrai courage d'oser, en Allemagne, élever des doutes sur les théories de Du Bois Reymond; mais bien avant lui, Matteucci en Italie et notre Becquerel avaient montré la vraie cause des courants musculaires et nerveux. Avec notre regretté ami Ch. Legros, nous avons fait, de 1866 à 1870, une série d'expériences qui toutes confirment les objections de Becquerel, et plus récemment M. d'Arsonval est arrivé aux mêmes conclusions. Il me semble que Becquerel, au moins, aurait pu être cité!

Ces questions d'électro-physiologie rempliront encore longtemps les loisirs des électropathes, et il est utile de bien montrer à quoi cela se réduit. Matteucci, avec un fil de platine entouré de coton mouillé d'eau salée, a reproduit les phénomènes de l'électrotonus, et Becquerel a reproduit avec des tranches de pommes de terre les phénomènes des courants nerveux et musculaire.

Qu'est-il résulté de bien pratique de la théorie de l'électrotonus, du cathélectrotonus, des molécules bipolaires, etc., etc.?... et qu'en résultera-t-il?

Tandis que l'Ecole française et l'Ecole italienne, toutes deux avec moins de bruit, il est vrai, cultivant moins aussi les préceptes de l'admiration mutuelle, sont arrivées à des conclusions plus scientifiques et même plus philosophiques.

Au lieu de donner aux courants électriques des tissus une signification fonctionnelle et d'établir des lois spéciales, nous disons que ces courants ne sont autre chose que la conséquence des phénomènes chimiques qui se passent dans les tissus, et que les variations que l'on observe sont le résultat des modifications chimiques. Becquerel a démontré que tout liquide séparé par un espace capillaire ou par une membrane donnait naissance à un couple électrique. Nous-même nous avons montré (Communication à l'Académie des sciences, 1874) que les substances albuminoïdes avaient la même propriété, et que leur présence au milieu de sels amenait des doubles décompositions et des réductions de métaux. Tout tissu organique est donc la source de courants électriques se rattachant aux actions chimiques qui s'y passent.

Mais, d'un autre côté, les actions chimiques qui ont lieu dans les tissus ne sont autre chose que des phénomènes de nutrition et de dénutrition; la nutrition est donc accompagnée de courants électriques. De plus, les actions chimiques étant augmentées par les courants électriques, ceux-ci agissent sur la nutrition des tissus et sur leurs modifications. Aussi avons-nous constaté que l'élimination de l'urée était modifiée par l'application des courants électriques. Enfin, dans des cas de tétanos ou de contracture, nous avons vu que l'état électrique des muscles chez l'homme était différent, ce qui correspond évidemment à des changements chimiques. Enfin il n'est pas jusqu'aux cautérisations dont l'action ne soit en rapport avec l'intensité des phénomènes électriques, et dans une série d'expériences que nous avons faites (Communication à l'Académie des sciences, 1875), nous avons montré que le nitrate d'argent, le perchlorure de fer, le sulfate de zinc, etc., déterminent des courants électriques dès qu'ils sont en contact avec des tissus, courants dont l'intensité est directement proportionnelle à l'énergie cautérisante.

On le voit donc, nous ne nions nullement l'utilité des phénomènes électriques qui existent dans les tissus vivants, mais ce que nous nions, c'est qu'il y ait dans ces phénomènes des conditions spéciales. L'électrothérapie n'est ainsi qu'une conséquence naturelle des phénomènes de nutrition. Il n'y a ni grands mots à employer ni théories étonnantes à édifier; il suffit de savoir que les courants électriques font partie de la vie de tous les tissus, et que les courants électriques que l'on peut appliquer du dehors ont une action énergique sur les phénomènes intimes de nutrition. Cela est moins solennel, mais bien plus physiologique, et quoique en France on nous regarde comme de pauvres philosophes, cela, je le répète, me paraît plus philosophique dans le sens élevé du mot.

Je pourrais multiplier les preuves, si je ne craignais d'élargir outre mesure cette parenthèse ouverte à la discussion scientifique, aisément suspecte de personnalité. J'en reviens au but essentiel de ma lettre : l'attitude prise ouvertement vis-à-vis de nous, celle que nous devons prendre à notre tour.

Songeons que, si tentés qu'on soit par son humeur généreuse, il y a quelque « gérontisme » à laisser pacifiquement sous ses yeux « *démarquer son linge* »; qu'ainsi nous discréditons le labeur, le génie français; qu'enfin, sans nous départir de cette hospitalité, de cette probité confraternelles qui seront, malgré tout, notre éternel honneur, il est grand temps pour la dignité de la France d'emprunter quelques exemples à cet exclusif et hautain orgueil national qui nous fait si rudement la leçon.

Agréez, etc. Dr ONIMUS.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 novembre 1883. — Présidence de M. GUÉNIOT.

Suite de la discussion sur le *traitement des fractures de la rotule et l'arthrotomie.*

M. LARGER, à l'occasion de cette discussion, présente un malade qui a été atteint quatre fois de fracture de la rotule et qui marche très bien. En 1846, pour la première fois, il se fit une fracture transversale de la rotule droite, dont il guérit dans l'appareil

de Boyer; quatre mois après, le cal se rompit, nouvelle guérison; en 1860, nouvelle fracture transversale de la rotule gauche, guérison; enfin quatrième fracture. Aujourd'hui, ce malade présente du côté droit un écartement de 3 centimètres et du côté gauche un écartement de plus de 12 centimètres, ce qui ne l'empêche pas de marcher très bien, de monter les escaliers, de vaquer à toutes ses occupations. S'il marche aussi bien, c'est, pense M. Larger, parce qu'il n'a jamais eu d'arthrite et que ses muscles sont intacts. L'impotence fonctionnelle du membre dans les fractures de la rotule ne dépend, selon lui, que très faiblement de l'écartement. Les vraies causes de cette impotence sont l'arthrite et l'atrophie musculaire.

En même temps que ce malade, M. Larger en observe un autre qui a une fracture de la rotule datant de deux ans; mais c'est un arthritique, et, dès les premiers jours, M. Larger a porté un pronostic défavorable. En effet, ce malade, bien qu'ayant très peu d'écartement, marche très mal parce que son triceps est atrophié.

M. Le Fort veut ajouter sa protestation à celle qu'a faite M. Verneuil dans la dernière séance. Il trouve que la Société de chirurgie n'a pas repoussé assez énergiquement l'arthrotomie dans le traitement des fractures de la rotule. C'est l'honneur de la chirurgie française que d'agir avec sagesse, que d'avoir, par dessus tout, le respect de la vie des autres. Or, il serait véritablement fâcheux qu'on pût croire que notre chirurgie s'écarte aujourd'hui de cette voie de la sagesse et de la prudence, pour suivre certaine chirurgie étrangère dans ses hardiesses et ses exagérations. Comment, en effet, ose-t-on venir proposer l'ouverture de l'articulation pour guérir une fracture de la rotule? Depuis quand peut-il sembler rationnel de changer une fracture simple en une fracture compliquée de plaie pour la guérir plus aisément? Comment, enfin, peut-on venir proposer d'ouvrir une articulation pour appliquer la suture osseuse de la rotule? Il semble qu'on ait oublié tout ce qu'on savait sur le traitement des fractures de la rotule, sur leur guérison avec cal fibreux ou même avec écartement plus ou moins considérable des fragments. Etant au Bureau central, M. Le Fort se rappelle avoir vu dans le service de Jobert (de Lamballe) un malade qui avait une fracture de la rotule avec écartement tel que le fragment supérieur se trouvait dans le milieu de la cuisse; or, cet homme était essayeur de chevaux au marché aux chevaux. C'est dire qu'il marchait et courait parfaitement bien; le malade présenté par M. Larger est également très intéressant à ce point de vue.

En résumé, M. Le Fort n'accepte pas l'arthrotomie dans le traitement de la fracture de la rotule. La griffe de Malgaigne elle-même peut, selon lui, avoir ses dangers. Depuis trente ans qu'il exerce, il déclare n'avoir pas vu un seul cas où il pût paraître indiqué de pratiquer cette opération. Il fait observer, en terminant, qu'une statistique qui donne trois morts et une amputation de cuisse sur 44 cas n'est pas faite pour engager les chirurgiens à y recourir.

M. Richelot cite un fait analogue à celui de M. Larger. Il s'agit d'une dame qui a eu deux fractures de la rotule, l'une à droite, l'autre à gauche, la première traitée par Demarquay, la seconde par un homœopathe. Des deux côtés, écartement de douze centimètres. Le triceps est bon à droite et à gauche. Aujourd'hui cette malade marche très bien.

Ces faits ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le croire, et M. Richelot ne croit pas que cette assertion émise par M. Lucas-Championnière, à savoir qu'on marche d'autant plus mal que l'écartement est plus accusé, soit d'une parfaite exactitude. M. Championnière n'aurait certainement pas proposé au malade de M. Larger de lui pratiquer l'arthrotomie.

Il y a, selon M. Richelot, dans cette question, une considération dont on n'a pas suffisamment tenu compte, c'est le plus ou moins de conservation des diverses parties du triceps; peu importe, par exemple, que la partie inférieure du droit antérieur ait perdu son insertion, pourvu que les parties latérales du triceps, le vaste externe et le vaste interne aient conservé les leurs avec le fragment inférieur.

Pour en venir aux six observations de M. Lister, étant admis que tous ses malades ont parfaitement marché après l'opération réussie, M. Richelot affirme que c'est parce qu'ils avaient leur triceps. S'ils n'avaient pas leur triceps, ils ne marcheraient pas. Il affirme de même qne ceux qui ne marchent pas après l'opération réussie, n'avaient pas leur triceps intact. Il y a donc deux séries de faits en présence : dans les uns, après l'opération réussie les malades marchent bien, parce qu'ils ont leur triceps; dans les autres, l'opération ayant également réussi, les malades marchent mal parce qu'ils n'ont pas de triceps. La conclusion de ces faits est facile à tirer, c'est qu'il y a un élément qui s'impose pour le résultat fonctionnel : l'état du triceps. Or, ceux qui ont un bon tri-

ceps après l'opération l'avaient également avant; de même, ceux qui l'ont atrophié après l'opération réussie l'avaient atrophié avant. Dans le premier cas, on est donc autorisé à demander de quelle utilité a été l'opération. Dans le second, il était indiqué d'électriser le triceps avant d'opérer.

Si, le triceps étant conservé, il y a impotence fonctionnelle absolue, c'est que celle-ci est due à une autre cause; alors seulement on est autorisé à intervenir chirurgicalement; mais, s'il y a en même temps atrophie du triceps et écartement des fragments, il faut électriser le triceps avant d'ouvrir l'articulation. Dans la grande majorité des cas cela suffira, car c'est l'atrophie du triceps qui est le plus souvent la cause déterminante de la gêne fonctionnelle.

M. Desprès s'associe à la protestation de M. Le Fort. Les partisans enthousiastes de l'arthrotomie dans le traitement des fractures de la rotule s'exposent, selon lui, à commettre un meurtre sur leurs semblables. Sur environ 20 cas de fractures de la rotule qu'il a eu à traiter, il déclare n'en avoir pas rencontré un seul où l'arthrotomie parût indiquée; la plupart de ces malades ont parfaitement guéri avec des écartements de 2, 3 ou 4 centimètres, sans infirmité apparente. Quand on peut obtenir de pareils résultats sans faire courir aucun danger aux malades, il est véritablement insensé de songer à recourir à une opération qui peut être mortelle, et qui l'a été 3 fois sur 44 cas.

M. Desprès cite un cas où il a obtenu un cal osseux. Il déclare n'avoir jamais vu un malade dans l'état de celui qui vient d'être présenté par M. Larger. Il cite plusieurs faits de guérison de fractures de la rotule obtenue par l'application de simples appareils.

M. Labbé pense que l'arthrotomie antiseptique mérite certainement l'attention des chirurgiens; mais il est d'avis que, chaque fois qu'on fait courir des dangers aux malades, il faut avoir de grands avantages. Or, il résulte de la pratique déjà longue de plusieurs d'entre nous que les malades atteints de fracture de la rotule ne se trouvent pas dans des conditions tellement désastreuses qu'on soit autorisé à tenter chez eux une opération dangereuse. Lorsqu'on les traite avec tout le soin désirable par les moyens ordinaires, on arrive à des résultats favorables, malgré l'écartement des fragments et avec un cal fibreux.

Lorsqu'on est appelé presque immédiatement après l'accident, il y a avantage à pratiquer l'évacuation du sang épanché dans l'articulation par une simple ponction, en s'entourant de toutes les précautions désirables. Un cas malheureux de Dubreuilh (de Montpellier) a fait rejeter cette ponction évacuatrice. C'est un tort, et il ne peut y avoir qu'avantage à extraire 100 ou 120 grammes de sang, au point de vue des conditions favorables au rapprochement des fragments. Il est hors de doute qu'il vaut mieux tenter ce rapprochement vingt-quatre ou quarante-huit heures après la fracture que d'attendre la résorption spontanée de l'épanchement et de tenter le rapprochement seulement douze ou quinze jours après l'accident. Dès 1862, Jarjavay pratiquait avec succès cette ponction immédiate. A plus forte raison doit-on la faire, aujourd'hui qu'on est en possession de l'antiseptie. En 1877, M. Segond, alors son interne, a publié une observation de fracture transversale de la rotule, avec fente de la peau sur une étendue de 7 à 8 centimètres, suivie de complète guérison par l'immobilisation et la fermeture de la plaie cutanée avec le collodion. C'est un fait à rapprocher de celui de M. Verneuil.

M. Labbé est complètement de l'avis de M. Richelot sur le rôle capital du triceps dans le résultat fonctionnel.

En résumé, il ne repousse pas d'une façon absolue l'arthrotomie antiseptique pratiquée avec toutes les précautions désirables; mais 3 décès sur 44 cas sont bien faits pour arrêter la main d'un chirurgien prudent et il paraît difficile de consentir à exposer un malade à un pareil danger pour le guérir d'une lésion qui, par elle-même, ne menaçait en aucune façon sa vie.

M. Lucas Championnière rappelle avoir dit simplement qu'il ne croyait pas qu'on pût repousser de prime abord une opération qui avait donné des résultats semblables à ceux obtenus par M. Lister et qu'il pensait qu'il y avait là des raisons de modifier le traitement des fractures de la rotule. Il a ajouté qu'une statistique générale ne signifiait rien en pareil cas, attendu qu'alors que M. Lister n'a pas eu un seul accident et n'a obtenu que des guérisons, on ne peut pas le rendre responsable d'accidents arrivés à quelques chirurgiens moins habiles et sans doute inexpérimentés. On a dit autrefois de la ponction, maintenant préconisée par M. Labbé, ce qu'on dit aujourd'hui de l'arthrotomie.

M. Lucas Championnière admet que l'atrophie musculaire joue un rôle considérable au point de vue de la gêne fonctionnelle, mais non le rôle capital.

Il maintient qu'il n'y a qu'un petit nombre de chirurgiens qui pratiquent bien cette opération. Entre les mains de M. Lister, par exemple, c'est certainement une opération sans danger, sans inconvénients même et qui finira par être admise. Il y a là un progrès qu'il appartient à la Société de Chirurgie d'accueillir et de juger comme il le mérite.

M. Trélat rappelle qu'il a été dit, dans cette discussion, que certains malades s'étaient fracturés une seconde fois et une troisième fois la rotule parce qu'ils marchaient mal. Ce n'est pas là une question de marche défectueuse, mais bien une question de constitution. Les gens qui se rompent ainsi la rotule ont des os disproportionnés avec leurs muscles.

M. Trélat se déclare aujourd'hui partisan des ponctions des articulations, qu'en 1871 il considérait comme redoutables et dangereuses. Depuis qu'on a trouvé le moyen que la pénétration dans un foyer sanguin ne soit plus septique, ses opinions ont complètement changé et depuis quelques années déjà il n'hésite pas à ponctionner toutes les articulations trop pleines, trop distendues. Quelle que soit cette distension, il est très rare qu'un genou contienne plus de 40 à 80 grammes de liquide. M. Trélat est convaincu que cette distension est un obstacle au rapprochement des fragments; c'est pourquoi il a recours à la ponction.

Que ce soit la non conservation des ligaments latéraux de la rotule, que ce soit l'écartement des fragments, que ce soit la paralysie ou l'atrophie musculaire qui soit le point de départ de la gêne fonctionnelle, quand un individu vient de se rompre la rotule, bien malin est le chirurgien qui portera d'emblée le pronostic définitif. Il n'est donc pas possible de trouver dans les fractures récentes de la rotule une indication quelconque de l'arthrotomie immédiate. Etant admis même que c'est une opération innocente, sans danger, pratiquée dans certaines conditions aujourd'hui connues, à quoi bon y recourir, puisque vous ne pouvez savoir ce qui va arriver et que c'est peut-être à rien que vous allez porter remède?

M. Trélat tiendrait un tout autre langage pour l'opération tardive qu'il déclare ne pas repousser d'une façon absolue.

M. Parinaud donne lecture d'une observation de tumeur du globe de l'œil (épithélioma énin) développée dans la conjonctive (com. M. Terrier).

M. Poulet fait une communication sur un cas d'ablation de ganglions tuberculeux.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

JOURNAL DES JOURNAUX

De l'hystérie simulant les tumeurs abdominales, par M. le docteur Fabre. — Dans cette eçon clinique, le savant professeur de Marseille démontre que les causes d'erreurs sont de trois ordres. Ce sont des troubles purement nerveux; excitations de la sensibilité, perturbations de la motilité, des vaso-moteurs et des sécrétions. De là, les douleurs variées, les atonies fonctionnelles, les flux diarrhéiques, les vomissements, les congesions locales, le péritonisme, etc., etc. Ces désordres prennent les apparences d'une ésion organique: ballonnement abdominal par atonie des muscles intestinaux, tumeurs par contracture de ces muscles. La palpation et la percussion peuvent induire en erreur, parce que la forme et la consistance de l'abdomen sont modifiées.

Enfin, il peut exister des désordres matériels que l'hystérie détermine par l'intermédiaire des troubles fonctionnels. Le congestion par trouble vaso-moteur aboutirait à 'hématocèle, suivi ou non de péritonites. On doit donc, dans l'observation, rechercher la corrélation des symptômes locaux avec l'état général, et dans l'expérimentation clinique, savoir si les phénomènes morbides ne sont pas modifiés par les agents qui influent sur l'état hystérique, métallothérique, chloroformisation. (*Marseille médical*, p. 449, 20 août 1883.) — L. D.

Des rapports de la syphilis et de l'ataxie locomotrice, par Birdsall. — L'auteur a réuni cinq cent vingt-cinq cas d'ataxie locomotrice dans lesquels deux cent vingt fois des malades avaient été atteints de syphilis. La proportion était donc de 43 p. 100. Ces cas étaient empruntés à Rosenthal, Bernhardt, Remok, Westphal, Pusinelli, Gowers, Fournier, Erb et quarante-deux, à la propre pratique de l'auteur. D'après Erb, sur cent cas d'ataxie, quatre-vingt-huit surviendraient chez des syphilitiques, tandis que, d'après la statistique de l'auteur, on n'en compterait que 4 p. 100. (*The American Neurological Association*, 20 juin 1883, et *The Med. Record*, p. 718, 30 juin 1883.)

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 9 au 15 novembre 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 964. — Fièvre typhoïde, 38. — Variole, 3. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 43. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 1. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aig ë), 40. — Phthisie pulmonaire, 177. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 77. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 45. — Bronchites aiguës, 25. — Pneumonie, 65. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 48; au sein et mixte, 24; — inconnues, 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 96; circulatoire, 60; respiratoire, 59; digestif, 56; génito-urinaire, 22; de la peau et du tissu lamineux, 3 ; des os, articulat. et muscles, 6. — Morts violentes, 30. — Causes non classées, 8.

Résumé de la 46e semaine. — Le service de la statistique municipale a reçu, pendant a semaine actuelle, notification de 964 décès (au lieu de 962 pendant la semaine précédente).

La comparaison des chiffres de cette semaine avec ceux de la semaine précédente fait ressortir les différences suivantes :

Un léger accroissement pour la fièvre Typhoïde (38 décès au lieu de 30 dans chacune des deux précédentes semaines).

Un état stationnaire ou presque stationnaire pour la Variole (3 décès au lieu de 5), la Rougeole (11 décès dans chacune des deux semaines), la Coqueluche (6 décès dans chacune des deux semaines) et enfin la Scarlatine (pas un seul décès depuis quatre semaines). On doit remarquer la rareté de ces quatre maladies épidémiques.

La Diphtérie au contraire présente un accroissement très notable depuis trois semaines (43 décès au lieu de 34 pendant la 44e semaine et de 27 pendant la 43e). La maladie, qui augmente toujours de fréquence dans cette période de l'année, n'est d'ailleurs localisée dans aucun quartier de la ville.

La Bronchite aiguë des jeunes enfants (25 décès au lieu de 38), et la Pneumonie (65 décès au lieu de 73) sont restées notablement au-dessous des chiffres exagérés observés la semaine dernière. L'Athrepsie, qui avait également atteint un chiffre très élevé pour la saison, est redescendue à son taux normal (77 décès au lieu de 91).

Le service de Statistique a reçu notification de 430 mariages et de 1,258 naissances (646 garçons et 612 filles), dont 919 légitimes et 339 illégitimes ; parmi celles-ci, 43 ont été reconnues immédiatement par l'un des parents au moins.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT DU 19 AU 24 NOVEMBRE 1883.

Mercredi 21. — M. Barette : De l'intervention chirurgicale dans les hernies étranglées compliquées d'adhérences ou de gangrène (entérectomie et entérorrhaphie). (Président, M. Trélat.) — M. Lavergne : Contribution à l'étude du lichen planus. (Président, M. Fournier.)

Jeudi 22. — M. Robin : Etude sur quelques formes d'éclampsie chez les femmes enceintes. (Président, M. Peter.) — M. Ollive : Des paralysies chez les choréiques. (Président, M. Laboulbène.) — M. Grégoire : De l'urée dans le cancer. (Président M. Laboulbène.) — M. Carette : Emploi du jequirity et de l'inoculation blennorrhagique dans l'ophthalmie granuleuse. (Président, M. Panas.) — M. Fillon : Des fractures du maxillaire supérieur. (Président, M. Richet.)

Vendredi 23. — M. Bernard : Essai sur plusieurs cas d'atrophie des muscles du thorax chez les pleurétiques. (Président, M. Vulpian.) — M. Puica : Paralysie glosso-labiée cérébrale. (Président, M. Vulpian.) — M. Marieux : Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la trinitrine. (Président, M. Hayem.)

FORMULAIRE

Alcoolé dentifrice amoniacal. — J. Redier.

Ammoniaque à 0°,92.	9 grammes.
Essence d'anis	1 —
Alcool à 80°.	40 —

Mêlez. — Quelques gouttes dans un verre d'eau, pour rincer la bouche, soir et matin

quand la salive est acide ou neutre, qu'il existe des caries plus ou moins nombreuses sans dépôt de tartre, qu'on remarque des mucosités blanchâtres le long du bord libre des gencives et sur les dents.

COTON A L'IODOFORME

Iodoforme	2	grammes
Ether sulfurique	10	—
Alcool à 84°	20	—
Glycérine pure	10	—
Coton purifié	30	—

Faites dissoudre l'iodoforme dans l'éther et l'acool mélangés, ajoutez la glycérine, et saturez le coton avec cette solution. Laissez sécher à l'air, détirez le coton et conservez-le dans un flacon bouché à l'émeri. — Employé pour le pansement des plaies lentes à se cicatriser.

Quand au coton purifié, on l'obtient en faisant macérer le coton du commerce pendant dix minutes dans la benzine. Après quoi on l'exprime et on le fait sécher à l'air.

COURRIER

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Séance du vendredi 23 novembre 1883.

Ordre du jour. — M. Beaumetz : Discussion sur les difficultés de diagnostic du cancer de l'estomac. — Communications diverses.

HÔPITAL DE LA PITIÉ (*Clinique des maladies de l'estomac.*) — M. le docteur V. Audhoui commencera ses leçons le jeudi 22 novembre, à neuf heures et demie, et les continuera les jeudis suivants à la même heure, à l'amphithéâtre n° 3.

NÉCROLOGIE. — Le docteur Marion Sims vient de mourir subitement à New-York, à l'âge de 66 ans. Cet habile chirurgien exploitait, comme on le sait, notre pays pendant six mois de l'année, et le sien pendant les six autres. Il était fondateur du Woman's Hospital à New-York, et en France officier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté en date du 25 octobre, le nombre des thèses dont le dépôt par le candidat est obligatoire, reste fixé comme suit pour l'année scolaire 1883-1884 :

Faculté de médecine de Paris, 163 exemplaires; Facultés de médecine des départements, 128; Faculté des sciences de Paris, 139; Facultés des sciences des départements, 95; Ecoles supérieures de pharmacie, 103.

— Le prix fondé par Mme Broca en faveur des études que la Société d'anthropologie poursuit sera décerné pour la première fois en avril 1884. Les mémoires qui y concourent doivent être déposés avant le 31 décembre prochain.

Voici un extrait du réglement relatif à ce prix : « Le prix Broca est destiné à récompenser le meilleur mémoire sur une question d'anatomie humaine, d'anatomie comparée ou de physiologie se rattachant à l'anthropologie. »

Art. II de son règlement. — Ce prix est de la valeur de 1500 francs.

Art. III. — Les membres qui composent le comité central de la Société d'anthropologie sont seuls exclus du concours.

Art. IV. — Tous les mémoires manuscrits ou imprimés adressés à la Société peuvent prendre part au concours.

ASILE DE BRON. — L'Administration de l'asile public de Bron, près Lyon, rappelle que le 3 décembre prochain aura lieu, à la Faculté de médecine de Lyon, un concours pour deux places d'internes suppléants en médecine audit établissement, et que les candidats doivent s'inscrire au secrétariat de l'asile avant le 18 de ce mois.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

BULLETIN

L'arthrotomie antiseptique et les fractures transversales de la rotule. — Une question vient d'être soulevée à la Société de chirurgie, qui intéresse tous les praticiens ; car, en présence des cas de ce genre et surtout en province, médecine et chirurgie se confondent bien souvent, tous nous pouvons être appelés à donner un conseil, et ici comme pour les étranglements ou l'infiltration d'urine, aucun de nous n'a le droit d'ignorer ce qu'il doit dire et d'arguer de son incompétence.

A propos d'une observation de M. Beauregard (du Havre), M. Chauvel a fait un excellent rapport, dont il faut louer la forme et les sages conclusions. Pas plus qu'au rapporteur nous ne marchanderons l'éloge à M. Beauregard, qui a su, par une audacieuse opération, coapter les fragments d'une rotule brisée sans provoquer d'accidents graves.

Mais la chirurgie française de nos jours ne veut pas qu'on l'accuse de chercher des succès de parade; et, pour conserver toute leur valeur aux innovations légitimes et aux progrès de ces dernières années, il ne suffit pas de consigner les faits dans des *Bulletins* avec l'éloge de l'auteur, il faut les arrêter au passage quand ils en sont dignes et se donner la peine de les critiquer.

A la suite de Lister et de quelques listériens, M. Beauregard a fait l'arthrotomie immédiate et la suture osseuse dans un cas de fracture transversale de la rotule dont il n'arrivait pas à rapprocher les fragments. Il n'y a pas eu d'arthrite suppurée, les fragments sont revenus au contact et sont unis maintenant par un cal fibreux solide. En somme, le chirurgien du Havre a obtenu ce qu'il voulait et le succès opératoire n'est pas niable.

Mais il ne suffit pas de réussir les opérations. Quelle est la valeur clinique du résultat obtenu? Sans doute, l'arthrotomie antiseptique est souvent légitime, elle a des indications précises et ne doit pas nous effrayer outre mesure; toutefois c'est une opération délicate, et qui peut amener les plus grands malheurs pour la moindre faute, pour une simple dérogation aux principes de la chirurgie antiseptique. Aussi n'avons-nous pas le droit de la tenter légèrement, et ne devons-nous le faire qu'en présence d'une indication formelle. Cette indication est-elle si fréquente lorsque la rotule est brisée?

Le but qu'on se propose est de prévenir l'impuissance fonctionnelle du membre inférieur, trop souvent constatée à la suite de ces fractures. Or, l'idée de rapprocher les fragments à tout prix pour atteindre ce but, est fondée, cela va sans dire, sur le rôle qu'on attribue à leur écartement dans la gêne fonctionnelle. Mais est-on bien sûr que l'écartement soit la vraie cause de cette infirmité? Pour nous, la distance entre les fragments rotuliens et la longueur du cal fibreux n'est ici qu'un élément secondaire.

Presque tous les chirurgiens ont vu des malades marcher fort bien avec des écartements considérables, et d'autres se mouvoir à peine avec des fragments peu éloignés ou même se touchant. Quelques auteurs ont même été jusqu'à prétendre qu'il fallait éviter la coaptation. Sans tomber dans cette opinion paradoxale, et tout en admettant qu'une altération dans l'attache inférieure du triceps ne peut être que nuisible, il me semble que ce défaut de rapport entre l'étendue de la pseudarthrose et le degré de la gêne fonc-

tionnelle, fût-il moins fréquent que ne le disent les auteurs, suffirait pour nous faire chercher ailleurs l'élément essentiel de l'impuissance du membre.

J'ai traité cette question ici-même (*Union Médicale*, 2 septembre 1882) et rapporté l'histoire de deux malades qui ont été pour moi une véritable expérience clinique. Tous deux avaient eu la même fracture et étaient guéris avec le même écartement; à tous les points de vue, ils paraissaient dans des conditions identiques. L'un des deux, cependant, marchait bien et l'autre avait une impotence complète. Pourquoi cette différence? Tout s'expliquait par l'examen des muscles de la cuisse : le premier avait un triceps en bon état, tandis que chez le second l'atrophie musculaire était profonde. Aussi n'ai-je pas craint d'avancer que l'atrophie du triceps, très variable de gravité mais très habituelle après les fractures *articulaires* dont nous parlons, comme après toutes les arthrites du genou, est le fait essentiel qui règle ordinairement, par son intensité et sa persistance plus ou moins grandes, l'intensité et la persistance de la gêne fonctionnelle.

Plus récemment, j'ai observé une dame qui s'est fracturé jadis les deux rotules. La première fois, elle a reçu les soins de Demarquay; la seconde fois, d'un homœopathe. Il y a des deux côtés un écartement considérable, au moins douze centimètres; et cependant, la marche est facile. Mais à droite et à gauche, le triceps est conservé ou depuis longtemps rétabli.

Ces faits ne sont pas très rares, et voici, croyons-nous, comment il faut les comprendre. L'écartement détruit ou relâche l'insertion du droit antérieur, qui est à peine le quart de la masse du triceps; le mouvement d'extension en est affaibli. Mais les vastes interne et externe sont toujours en continuité avec les bords latéraux du fragment inférieur, et, s'il n'y a pas d'atrophie, ont toute la puissance nécessaire pour assurer les fonctions du membre.

Sans doute, il y a des cas où la déchirure des liens fibreux est extrême. Ainsi, dans le fait qui appartient à M. Lucas-Championnière et qu'il a cité au cours de la discussion, les parties fibreuses latérales étaient largement détruites, et le muscle d'ailleurs était conservé. Force est bien, dans un tel exemple, d'attribuer l'impotence à la solution de continuité plutôt qu'à l'état des masses musculaires. Mais ces cas, pour lesquels nous faisons une réserve, sont les plus rares dans la pratique.

Le tort des chirurgiens qui ouvrent le genou pour une ancienne pseudarthrose, est de ne pas noter l'état du triceps avant d'opérer. Celui des partisans de l'arthrotomie immédiate, dès les premiers jours de la fracture, est de ne pas le noter après. En effet :

Le succès opératoire étant acquis, on observe deux séries de malades : les uns marchent, les autres ne marchent pas. Or, j'affirme que les premiers ont leur triceps, car ils ne marcheraient pas sans lui ; et les autres ne l'ont pas, car avec lui ils marcheraient, leurs fragments étant rapprochés. Il faut donc que l'état du muscle ait une bien grande importance, puisque, l'opération réussie et les fragments rapprochés, rien n'est encore fait si le muscle n'est pas bon. En admettant qu'il y ait un autre élément dans la gêne fonctionnelle, en tout cas celui-là s'impose et on ne peut y échapper.

D'autre part, ceux qui ont leur triceps après l'arthrotomie, l'avaient auparavant, car il n'a pas surgi sans provocation pendant la phase opératoire. En d'autres termes, ceux qui ont un bon muscle ne le doivent pas à votre intervention, et vous laissez les atrophiés dans leur impuissance fonctionnelle. Je puis donc vous demander, dans l'un et l'autre cas, de quoi votre opération a servi.

A cette question, il faut se garder de répondre en termes absolus, car les faits cliniques sont d'une infinie variété. Aussi ferai-je d'abord une concession formelle : s'il vous semble trouver, avec la perte des fonctions, une vaste déchirure des liens fibreux et un bon triceps, alors vous avez le droit d'incriminer l'écartement, et, pour un malade qui ne peut ni marcher

ni gagner sa vie, d'entreprendre une opération délicate : l'arthrotomie antiseptique est légitime. Mais le plus souvent les parties fibreuses latérales sont conservées, il n'y a pas de solution de continuité absolue entre la cuisse et la jambe : inutile, en pareil cas, de multiplier les appareils et de s'ingénier à mettre les fragments au contact parfait ; encore plus inutile de faire une arthrotomie qui, sans parler des risques opératoires, paraît superflue si le triceps est en bon état, illusoire s'il est atrophié. Après l'immobilité dans un appareil et l'emploi des moyens de coaptation les plus simples, il faut surtout penser au triceps, et, comme l'atrophie n'est pas incurable, instituer un traitement qui réponde à l'indication pressante et rétablisse les fonctions musculaires. — L.-G. R.

Des neurasthénies et de leur traitement (1).

II

Difficultés de l'intervention thérapeutique. — *Traitement hygiénique :* hygiène physique et morale, milieux, climats, etc. — Cure de repos. — Régime. — Alimentation azotée. — *Médication sédative :* bromures alcalins et métalliques. — Utilité du bromisme thérapeutique. — Ergot de seigle. — Paraldéhyde et chloral. — Antispasmodiques variés. — *Médication stimulante :* fer, arsenic, zinc, caféine. — *Médication mixte.* — *Modificateurs directs du système nerveux et de la nutrition.* — Electricité : franklinisation, faradisation, galvanisation. — *Révulsifs :* acupuncture, moxa, ventouses, cautérisation transcurrente. — Hydrothérapie. — Balnéations diverses. — *Médication diathésique :* eaux minérales.

A la fois générale et locale, la médication met en œuvre des agents internes et externes ; sédatifs, excitants, inhibitoires et modificateurs nerveux divers. Elle a pour auxiliaire puissant l'hygiène physique et morale ; pour moyen, la restauration de la nutrition et pour but l'atténuation des susceptibilités morbides du système nerveux.

Ces principes ne sont pas les seuls à observer dans la direction du traitement. Fréquemment on changera les agents médicamenteux, on interrompra leur emploi pour y revenir ; on modifiera leur forme pharmaceutique et leur mode d'administration. A des troubles morbides, capricieux et tenaces, il faut, avec patience et sagacité, opposer des médications variées, faire diversion sur des points multiples de l'appareil nerveux et chercher à provoquer des réflexes inhibitoires.

Un autre obstacle à l'intervention thérapeutique résulte des susceptibilités les plus étranges des malades pour les médicaments les mieux indiqués. Des substances puissantes seront inactives ou bien, à faibles doses, provoqueront des phénomènes toxiques; l'organisme ne répond pas ou répond mal aux actions médicamenteuses et la thérapeutique de ces états morbides comme leur symptomatologie, est donc fertile en surprises.

1° *Traitement hygiénique.* — Si l'*exercice musculaire.* les *mouvements rhythmiques* et le *massage* sont des modificateurs généraux en général utiles ; ils sont parfois nuisibles. Il ne faut donc les employer qu'avec ménagement, car, dans l'état de faiblesse irritable, ils agissent comme excitants et imposent à la nutrition déjà insuffisante des dépenses intempestives.

La résidence dans des pays *humides et chauds*, quand la surexcitation nerveuse est vive ; la campagne, les voyages et surtout les voyages maritimes « cette manière mobile d'exister » (2) sont les meilleures conditions de milieu. Les climats marins du Nord et de l'Ouest, redoutés souvent trop systématiquement, ont parfois, ainsi que nous l'avons constaté, une influence favorable dans les formes où la dépression était extrême. Il ne convient donc pas de les déposséder sévèrement au profit des plages de

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 20 novembre.

(2) Fonssagrives : *Gazette hebd. de méd.*, 1859, t. VI, p. 36 et suivantes.

la Méditerranée, de quelques climats continentaux et de vallées des Alpes ou de la Suisse.

Il y a beau temps aussi qu'on préconise avec enthousiasme les grands avantages d'une vie calme et tranquille, exempte de tracas et de préoccupations habituelles. Cependant, pour être efficace, cette *hygiène morale* ne doit pas consister dans l'isolement et la solitude; l'activité intellectuelle est plus utile, à la condition toutefois d'être une distraction et non une dépense. On évitera donc les agitations de la vie passionnelle; on régularisera les habitudes et dans ce but, on soumettra parfois les malades à la discipline des établissements hospitaliers. N'est-ce pas ici le lieu de rappeler les recommandations de Miss Nightingale aux personnes chargées de soigner ces malades (1)?

Cette cure sera donc celle *du repos* et non de l'oisiveté.

L'*hygiène alimentaire* ne consiste pas dans l'observation d'un régime spécial comme le voulait Beard qui prescrivait systématiquement à ses malades une alimentation azotée (2) dans le but de réparer les tissus nerveux. Pratiquement ces considérations théoriques ont une importance relative, car le traitement diététique est souvent dominé par les exigences des organes digestifs et la fréquence des troubles dyspeptiques; de l'anorexie ou de l'intolérance stomacale. Il n'est donc pas possible, avant leur disparition, d'imposer au malade, comme le voulait le médecin américain, un léger excès d'aliments gras ou azotés.

2° *Médication bromurée.* — Chacun connaît l'efficacité des bromures, aussi les abus ou les insuccès dont on les accuse, sont le plus souvent dus au mode d'administration ou à la forme pharmaceutique employée. Et d'abord, on craint généralement d'en élever les doses; timidité illégitime dans nombre de cas, car le *bromisme thérapeutique* a procuré plus d'une fois des résultats inespérés. Moins pusillanimes, nos confrères d'outre-mer ne redoutent pas d'en faire usage jusqu'à provoquer l'anesthésie pharyngée et l'abolition des réflexes au contact du doigt porté dans l'arrière-bouche. C'est là, pour eux, un signe indiquant la limite de la dose physiologique.

Il faut ajouter que, pour être efficace, ce bromisme doit être de courte durée et fréquemment répété. D'ailleurs, l'observation le prouve, on peut encore forcer la dose de ces médicaments en administrant simultanément la digitale, le fer, l'huile de foie de morue ou la coca. Leur tolérance est alors augmentée. De plus, il est utile, pour prévenir les éruptions acnéiformes, de leur adjoindre des préparations arsenicales ou de diluer la solution bromurée dans une eau minérale alcaline, de Vals ou de Vichy.

Dans l'espèce, la forme pharmaceutique la plus favorable existe dans le mélange des bromures, dans la *médication polybromurée.* Beard prescrivait souvent, dans ce but, la préparation très usitée et très connue dans la pharmacopée américaine sous le nom de *Bromidi compositi* (3).

Parmi les *bromures alcalins,* celui de *lithium,* aurait, d'après Weir Mitchell, une action sédative plus puissante et plus rapide, à cause de sa richesse en brome (92 p. 100). De plus, il agit contre l'uricémie par sa base lithique. — Le *bromure de sodium* qui déprime moins le cœur que le bromure de potassium; le *bromure d'ammonium,* préconisé par Gibb et surtout étudié par Brown Séquard, le *bromure de calcium,* possèdent aussi d'actives propriétés sédatives qui les rendent dignes de la faveur des thérapeutes. Sous forme de dragées ou de pilules de Magendie, le *bromure de fer* rend des services, dont il m'a été donné de vérifier l'utilité, dans les neurasthénies

(1) *Notes on nursing, what it is, what it is not.*

(2) *The N. York med. rec.*, 21 juillet 1883, p. 62.

(3) Cette préparation consiste dans une solution des bromures de potassium, de calcium et de lithium, avec l'iodure de potassium, la liqueur de Fowler et la teinture de capsicum.

avec état chlorotique ou lymphatisme, alors que d'autres préparations bromurées ou l'hydrothérapie avaient échoué.

Récemment, on a essayé de leur substituer l'*acide bromhydrique* en solution diluée, qui ne provoquerait ni troubles dyspeptiques ni constipation. Par contre, il faut employer cet acide à doses élevées; mais alors sa saveur est redoutée des malades. Sous la forme de solution de Fothergill et en association avec le fer et la quinine, il devient un agent de la médication mixte (1).

La médication bromurée ne convient pas à tous les malades; aux individus chez qui elle provoquait l'insomnie, et dont elle augmentait l'excitabilité, Beard administrait de préférence un mélange de divers extraits fluides, à la dose d'un drachme par jour (2).

Comme auxiliaire des bromures, on a recommandé *l'ergot de seigle* pour vaincre les troubles circulatoires. On aurait ainsi obtenu la disparition de l'insommie, de troubles hystériques et de céphalalgies congestives, là où le chloral et les agents de la médication bromurée, échouaient. Ces résultats attendent leur confirmation de nouvelles observations, faciles d'ailleurs depuis que la matière médicale s'est enrichie de l'*ergotine* et de l'*ergotinine*, préparations mieux dosées et plus maniables que l'ergot. Avec ce dernier, en effet, les succès obtenus pouvaient être attribués à la *triméthylamine*, substance parfois efficace contre la douleur et le rhumatisme.

Un autre médicament, le *paraldéhyde*, posséderait, d'après Morselli et Cervello, la puissance du chloral sur les centres nerveux et exercerait sur le cœur une action stimulante. M. Dana n'a pu obtenir ces résultats qu'avec des doses élevées et des préparations d'une saveur conséquemment fort désagréable.

Il est inutile d'énumérer les agents de sédation préconisés dans le même but : chloral et chloroforme, aconit, jusquiame, ciguë, chanvre indien, belladone et leurs alcaloïdes; éther, musc, valériane, castoréum, assa fœtida, toutes substances fort nombreuses dont on augmenterait facilement la liste.

3° *Médication stimulante.* — Efficace dans les formes aiguës et récentes, la médication sédative est en défaut contre les formes dépressives et anciennes. On fait alors appel au *fer*, souvent remplacé avantageusement par le *manganèse*, à l'*arsenic*, au *quinquina*, au *tannate de quinine*, à la *coca*, aux *amers*, aux *inhalations d'oxygène* et aux *bains d'air comprimé*. Ici encore la variété dans le choix des médicaments est une des conditions de succès.

Le thérapeute fait donc usage à la fois des toniques généraux et des toniques du système nerveux, en les associant utilement aux sédatifs; telle est une formule en faveur en Amérique et dans laquelle entrent l'acide bromhydrique et des agents stimulants (3).

Dans le même but, on a préconisé la solution de *bromure d'arsenic*, selon la formule de Théo. Clemens; mais le docteur Dana déclare ne pas avoir obtenu les succès qu'il en attendait. Contre les troubles réflexes d'origine génitale, Beard prescrivait aussi l'arsenic dans un de ces mélanges composés et compliqués toujours en si grand honneur parmi ses compatriotes (4).

Contre les formes dépressives, le *zinc*, son valérianate et surtout le mé-

(1) La *solution de Fothergill* contient trois parties d'acide pour 100 parties d'eau.

(2) En voici la formule d'après M. Dana « *fluids extracts of scullcaps, cypripedii, blue cohosh* », parties égales. Au mélange on ajoutait parfois l'extrait de *cannabis indica*.

(3) Cette formule est composée : d'acide bromhydrique en solution à 3 ou 10 pour 100, de teinture de perchlorure de fer, d'acide phosphorique en solution, de salicine et de sulfate de strychnine.

(4) Il administrait, à la dose d'une cuillerée à café, la mixture suivante : *Liquor potass arsenit* : V minimes; *tinct cantharid* : 1/10 de minime; *tinct hydrastis, tinct. nux vomic* ou bien *tinct cannabis ind.* : *aa* : X minimes.

lange de ses sels posséderaient une action dynamique générale. On les associe suivant les indications avec les extraits de belladone ou bien de noix vomique (1). D'autres médicaments, les sels de *caféine* à dose physiologique et sous formes d'injections hypodermiques méritent d'être étudiés. Leurs propriétés vaso-motrices n'en autorisent-elles pas l'emploi dans les névropathies où les vaso-moteurs sont en cause?

Isolément mise en usage, et malgré sa puissance, la médication tonique ne procure donc que des résultats éphémères. Aussi les guérisons survenues après l'administration des préparations ferrugineuses à hautes doses étaient celles de névropathies liées à l'état chlorotique ou anémique; le fer joue alors le même rôle que remplit l'*acide salicylique* dans les formes arthritiques. Ils sont dans ce cas des agents de la médication diathésique au même titre que certaines eaux minérales.

4° *Modificateurs directs du système nerveux.* — Des trois grandes méthodes d'électrothérapie, la *francklinisation* est la moins employée contre ces états morbides. Trop négligée et en tout cas peu connue, elle n'a pas dit son dernier mot et attend un législateur. Toutefois les *bains électro-statiques positifs ou négatifs* sur le tabouret ont donné quelques résultats qui témoignent de leur énergie et invitent à en renouveler l'emploi.

Analogue est l'action de l'*électricité dynamique*; soit par la *faradisation cutanée*, soit par le procédé de la *main électrique* de Duchenne, ou de la *galvanisation polaire ambulante* de Hammond, en promenant sur la peau jusqu'à rubéfaction le pôle négatif d'un appareil galvanique. La faradisation des centres nerveux, en dirigeant le courant, pour la moelle, du sacrum vers la nuque et pour l'encéphale, du front vers la nuque, où bien transversalement d'une région temporale à l'autre, exige de grandes précautions. L'appareil à chariot rend ici des services, parce qu'il permet de graduer l'intensité du courant, d'éviter les brusques secousses et de se guider sur la sensibilité du malade pour régler la limite qu'il ne faut pas dépasser et la durée des séances.

L'application des *courants continus* sur la colonne vertébrale tonifie l'appareil nerveux et favorise la nutrition générale. Pour en obtenir de réels effets, on répétera les séances plusieurs fois chaque jour et, par cette pratique qui est aussi celle des médecins d'Allemagne et d'Amérique, on provoque la sédation persistante des troubles nerveux. En est-il de même de l'*électrisation du cerveau*, dans le but de combattre sa faiblesse irritable ou bien la cérébrasthénie ? Il fallait assurément un puissant enthousiasme électrothérapique pour l'affirmer.

Le docteur Dana recommande le procédé suivant de *galvanisation de la moelle épinière* (2). L'électrode spinale formée d'une lame métallique allongée et garnie d'éponge recouvre la colonne vertébrale sur toute sa longueur; l'autre électrode est placée dans la main du malade. Le générateur d'électricité consiste dans une batterie de vingt-cinq à trente éléments. Chaque renversement de courant provoquant l'apparition des réflexes périphériques, il devient facile, par leur étendue, de juger de la diminution de l'excitabilité de la moelle épinière, et de localiser l'action de l'électricité à certains centres nerveux. Chez des malades atteints de faiblesse irritable, M. Dana a pu arrêter ainsi des pertes séminales, rebelles jusque-là à l'électrothérapie. Le pôle positif était alors constitué par un cylindre de zinc enveloppant le pénis; le pôle négatif par la plaque métallique spinale, et la source d'électricité par une batterie de huit éléments. Les séances d'une durée de

(1) Les capsules que prescrit le docteur Dana contiennent chacune un grain de *bromure*, de *valérianate* et de *lactate de zinc*, un dixième de grain de *phosphate de zinc* et un cinquième de grain d'extrait de *belladone* ou de *noix vomique*.

(2) *Société des médecins praticiens de New-York* (21 juillet 1883).

cinq ou six minutes sont répétées trois fois par jour. C'est donc là encore un effet sédatif produit par l'électrothérapie.

Parmi les *agents d'inhibition,* la *révulsion* sur une surface plus ou moins étendue au moyen de vésicatoires souvent répétés est depuis longtemps en faveur. De même que l'*acupuncture,* les *moxas* (1) et les *sétons*, elle est loin de posséder l'efficacité de la *cautérisation linéaire* de la région vertébrale, que M. Brown-Séquard emploie depuis de longues années, et qui est un puissant modificateur des propriétés dynamiques des centres nerveux. Celle-ci agit comme inhibitoire contre les divers réflexes et de tous les agents d'inhibition, c'est, avec la *glace*, le plus puissant.

Contre les phénomènes en excès de la sensibilité et de la motricité, l'*hydrothérapie* l'emporte souvent en efficacité sur tous les sédatifs. Pour combattre la surexcitation et la faiblesse irritable, on préférera les bains de piscine tempérée, les douches à percussion légère, les lotions, les affusions générales répétées, et les frictions avec le drap mouillé en passant graduellement de l'eau tiède à l'eau froide. Dans les formes dépressives, les immersions et les applications froides, les douches vertébrales alternativement chaudes et froides, stimuleront le système nerveux. Enfin, dans les formes intermédiaires, on combinera les applications stimulantes et sédatives.

A côté de ces indications générales, il existe des indications hydrothérapiques spéciales : aux troubles nerveux locaux, excitation cérébrale, excitation médullaire, on oppose les douches locales, le maillot, les ceintures mouillées (Beni-Barde). Il est vrai que cette médication n'est pas toujours exempte de difficultés, car les susceptibilités individuelles sont vives et variées. Il faut donc les éviter en préparant le malade à l'eau froide par des applications tièdes et au besoin associer celles-ci aux bains *aromatiques, salés, alcooliques* et aux *frictions avec les gants de crin,* le liniment de Rosen ou le baume de Fioraventi.

Les *bains tièdes* à 30 ou 33 degrés sont en honneur pour calmer l'éréthisme permanent ou accidentel. Pomme les recommandait et on cite les exemples historiques d'hommes d'une dévorante activité, comme Napoléon, qui quotidiennement en faisaient usage. Pris le soir, ils diminuent l'insomnie; ils ralentissent les battements du cœur et augmentent la sudation. La sédation qu'ils procurent est passagère et résulte de l'épuisement du système nerveux. Il n'en est pas de même des *bains froids*, qui inhibent les douleurs, augmentent les oxydations et agissent comme toniques en stimulant l'activité trophique des tissus. Cependant ils ne sont pas indiqués en l'absence de réaction générale.

5° *Médications diathésiques.* — C'est ici surtout que le thérapeute doit intervenir avec prudence et avec patience. Parmi les modificateurs de cet ordre, les bains médicamenteux, sulfureux, alcalins ou autres, la balnéation maritime et hydro-minérale sont des agents utiles contre les troubles nerveux et surtout contre les diathèses.

Il en est de même de l'administration des *eaux minérales* à l'intérieur, pour faire disparaître des accidents épisodiques, tonifier l'état général et le modifier. Avec les eaux ferrugineuses, sulfureuses faibles ou ferro-magnésiennes on combattra l'anémie; on fera disparaître les dyspepsies, on modifiera l'état rhumatismal, l'herpétisme ou le lymphatisme, facteurs pathogéniques si puissants dans l'étiologie des névropathies.

Le médecin n'est donc pas désarmé; il dispose de nombreux agents d'intervention. Cependant, malgré sa richesse, cet arsenal médicamenteux s'épuisera; trop souvent la patience du malade se fatiguera; la sagacité du thérapeute sera tenue en échec. De là vraisemblablement l'importance que Beard attachait à l'isolement du malade, pour assurer une stricte observa-

(1) Cullemore. *The Med. Press and circular,* juin 1883, p. 428.

tion du traitement moral, qu'il associait d'ailleurs à une hygiène diététique sévère et qu'il combinait avec un judicieux emploi de l'électricité et des diverses médications toniques et sédatives. — C. L. D.

ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1883.

Les premiers résultats des travaux de la mission française du choléra en Egypte.

En attendant la publication du rapport officiel, il est prématuré de porter un jugement définitif sur les premiers résultats des recherches de la mission française du choléra en Egypte. Le 10 novembre dernier, M. Strauss a fait connaître quelques-uns de ces résultats dans la séance de la Société de biologie et voici le résumé de cette communication. Dans vingt-quatre autopsies pratiquées dans un espace de temps variant de dix minutes à deux heures après la mort, on chercha avec soin les altérations du tube intestinal et les matières qu'il contenait. Les tuniques intestinales, surtout vers la partie inférieure de l'intestin grêle, étaient infiltrées de microbes d'espèces fort diverses et parmi lesquelles on reconnut parfois la présence du bacille que M. Koch considère comme typique. Les grains riziformes des selles sont constitués par des noyaux de cellules épithéliales, ayant subi la *nécrose de coagulation.*

Le sang que M. Koch a déclaré exempt de toute altération renferme des articles allongés, de forme analogue au ferment lactique. Nos savants compatriotes ont pu les multiplier dans du sang frais et à l'état de pureté, soumis à une température de 38 degrés. Leur multiplication s'observe surtout dans la couche profonde des tubes, c'est-à-dire dans les points où le liquide échappe à l'action de l'air. C'est là un fait important, que M. Strauss a fait connaître avec une réserve qui honore sa modestie et sa prudence. Elle diffère bien des apologies tapageuses avec lesquelles on proclame depuis quelques jours la découverte du *bacillus cholericus,* dont l'existence est de plus en plus problématique.

Les inoculations de matières alvines ou vomies ont été moins heureuses. Elles ont échoué.

Ouvrir la discussion sur ces premiers résultats nous paraît prématuré, avant la publication intégrale et prochaine du rapport officiel de la Mission. Dès à présent, cependant, les travaux des membres de la mission d'Egypte sont de ceux dont s'honorera toujours la science française. Les applaudissements de la Société de biologie et les félicitations chaleureuses de MM. Bert et Bouley étaient un hommage mérité à l'abnégation patriotique de nos compatriotes et un touchant témoignage d'admiration rendu à la mémoire de M. Thuillier. — C. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 novembre 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE :

La correspondance non officielle comprend : 1° des lettres de candidature de MM. Siredey, Bouchard, pour la section de pathologie médicale, et Queirel (de Marseille), pour le titre de correspondant; — 2° une note de M. le docteur Durand (de Marseillan), intitulée : *De l'influence des revaccinations en masse sur un début d'épidémie de variole* (Com. de vaccine); — 3° une lettre de M. le docteur Burq en réponse à la note, communiquée dans la dernière séance par M. Bochefontaine, sur la préservation cuprique; — 4° une nouvelle note de M. Bochefontaine sur le même sujet; — 5° une relation de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans le 7e cuirassiers, à Paris, par M. Bourgeois, médecin-major.

PRÉSENTATIONS :

M. Le Roy de Méricourt présente un volume intitulé : *Hygiène des Européens dans les pays intertropicaux,* par M. Maurice Nielly.

M. Bouley présente diverses brochures de M. Degive sur des sujets de médecine vétérinaire.

M. Chatin présente un volume sur les champignons, par M. Sicard.

M. le Président souhaite la bienvenue à M. Rochard, présent à la séance.

M. Rochard demande la parole pour remercier l'Académie des marques de sympathie et d'intérêt qu'elle lui a données et surtout ceux de ses collègues qui, grâce à leurs soins éclairés et dévoués, l'ont mis à même de reprendre ses travaux. De l'accident, dit-il, qui a failli me coûter la vie, il ne reste aujourd'hui que deux choses : un peu de plomb dans le côté droit de la poitrine et, dans le côté gauche, un cœur plein de reconnaissance.

M. Colin (d'Alfort) prend la parole pour une question de priorité, à l'occasion du rapport de M. Peter sur le prix Portal. Le mémoire couronné avait trait à la pathologie du système lymphatique.

Le résumé qu'en a fait M. Peter, dit M. Colin, me paraît pécher à deux points de vue; d'une part il présente, à titre de simples probabilités des choses parfaitement démontrées; d'autre part, il laisse à penser que ces choses démontrées sont propres à l'auteur du mémoire ou qu'elles appartiennent au domaine public.

En somme, dit en terminant M. Colin, je crois avoir démontré expérimentalement le rôle des vaisseaux lymphatiques dans les absorptions purulentes et le rôle des ganglions à titre de réceptacles de conservateurs temporaires, de régénérateurs et de destructeurs des agents virulents.

M. Queirel (de Marseille) donne lecture d'une note sur l'ictère de la grossesse. Cette note se termine par les conclusions suivantes :

Il faut en arriver à la division de Darnes et admettre :

1° Un ictère de début de la grossesse lié à un état morbide du canal alimentaire;

2° Un ictère de la fin de la grossesse dû à la compression des conduits excréteurs;

3° Enfin un ictère pouvant se rencontrer à toutes les époques de la grossesse et dû à une maladie du foie lui-même qui, elle aussi, est sous l'influence de l'état gravide.

M. Fauvel donne lecture d'une note sur le choléra en Egypte. Voici les conclusions de ce travail :

1° Les prévisions émises dans ma communication du 24 juillet, dit M. Fauvel, ont été sanctionnées par les événements;

2° Le rapport de M. le docteur Mahé tranche, dans le sens de l'affirmative, la question de l'importation du choléra à Damiette.

3° Les récentes manifestations de choléra à Alexandrie, à partir du 18 octobre n'annoncent pas une reprise de l'épidémie éteinte partout en Egypte, mais étaient seulement des cas dus à des circonstances locales et individuelles sans action sur la masse de la population protégée par l'immunité qu'elle a acquise.

En revanche ces cas stériles en Egypte peuvent propager le choléra en Europe par importation.

4° L'apparition du choléra à La Mecque plusieurs années de suite parmi les pèlerins n'est pas en contradiction avec la loi de l'immunité, attendu que le personnel du pèlerinage se renouvelle chaque année, tandis que la population fixée au pays souffre peu.

5° Le retour des pèlerins contaminés peu redoutable pour l'Egypte serait, par leur passage dans le canal de Suez, dangereux pour l'Europe si des mesures de préservation ne sont pas prises convenablement.

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour la lecture du rapport sur les candidats dans la section des associés libres.

THÉRAPEUTIQUE

Des adjuvants rationnels de la médication ferrugineuse.

Lorsque Beau faisait de la dyspepsie la clef de voûte de la pathologie toute entière, son seul tort, croyons-nous, était d'avoir exagéré le nombre des dyspepsies initiales, tandis qu'en réalité ce trouble fonctionnel est le plus souvent le résultat secondaire d'autres états morbides. Un fait certain, en effet, c'est que cette dyspepsie, qu'elle soit

primitive ou à l'état de retentissement sympathique des souffrances d'un organe éloigné, nous la rencontrons à chaque pas.

En tête des manifestations pathologiques qu'accompagne fatalement la dyspepsie, se place naturellement l'anémie, anémie essentielle ou symptomatique. Il est logique en effet que l'appauvrissement du sang influe fâcheusement sur la fonction digestive, en ne fournissant plus qu'un suc gastrique d'autant moins riche que l'anémie est plus prononcée. Comme, d'autre part, cette fonction digestive est la source de la sanguification, l'anémie nous met dans ce cercle vicieux d'un estomac à qui il faut du sang pour digérer et qui doit d'abord bien digérer pour permettre à ce sang de se former.

Nous ne pouvons nous empêcher de croire que, dans la thérapeutique de l'anémie, cet aphorisme primordial, si courant et si banal qu'il soit, est trop souvent méconnu ou négligé, de sorte que s'il est constant qu'on peut dire de l'anémie essentielle et de la chlorose, cette dernière qualifiée par Pujol de « déferrugination », et par Piorry d' « achalybémie », si l'on peut dire de ces états pathologiques qu'ils constituent avec le fer deux termes corrélatifs, indissolubles, on n'en a pas moins à constater dans la pratique beaucoup de mécomptes et, disons-le, malgré ces mécomptes, beaucoup de persévérance dans la routine.

Pour nous, nous ne croyons pas trop nous avancer en posant en principe que, si dans le traitement de l'anémie globulaire, l'on ne prépare pas l'estomac, si l'on n'associe pas le fer à des stimulants appropriés, locaux ou diffusibles, le résultat le plus clair d'une médication ferrugineuse ainsi conduite est de molester un estomac déjà dyspeptique et de fermer la porte à l'appétit chancelant.

Il y a quelques années, nous nous trouvâmes en relations avec un excellent confrère de Saône-et-Loire, qui compte dans sa clientèle beaucoup d'ouvriers mineurs, assez piètrement logés au point de vue de l'hygiène et de plus exposés à des fièvres paludéennes. Dans ce milieu assez malingre et de mine chétive, nous fûmes amenés assez naturellement à parler fer avec ce confrère et, sur notre objection que dans les conditions d'hygiène de ses malades, les martiaux devaient souvent échouer : « Mais non, nous « dit-il, détrompez-vous ; il est évident que si je pouvais fournir à mes anémiés, à mes « chlorotiques, toutes choses qui nous manquent ou à peu près : un habitat salubre, « des vêtements secs et chauds, l'air de la mer, des montagnes, etc... il est évident que « les choses n'en iraient que mieux ; mais tel que, améliorant leur hygiène du mieux « que je puis, je vous assure que le fer, là où il est indiqué, me donne d'excellents « résultats. Seulement, voyez-vous, je crois d'une manière générale que nous nous « préoccupons trop peu, dans les anémies par aglobulie, de l'état adynamique de « l'estomac et du délabrement de l'économie entière. » Et il ajoutait : « Pour moi, je ne « donne jamais de fer sans l'associer à de la pepsine et aussi à des stimulants généraux, « à des toniques névrosthéniques, car il ne faut pas perdre de vue que, le métal digéré, « tout n'est pas dit, et qu'il est nécessaire encore que l'organisme ait assez de vitalité « pour provoquer cette combinaison ultime qui permettra au fer d'imposer sa modifi- « cation spéciale à la molécule organique. »

Cette sage pratique de notre confrère devint pour nous une règle de conduite absolue dont nous eûmes grandement à nous louer. Nous en avons retiré des avantages d'autant plus probants que nous trouvâmes réunis dans une préparation due à un pharmacien distingué (l'*Elixir Hampton*) tous les desiderata de ce que nous croyons être le traitement ferrugineux rationnel par excellence.

L'*Elixir Hampton* est un élixir cordial au *Peptonate de fer*, à la Pepsine et à la Diastase. Ce titre indique bien que les préoccupations qui ont présidé à sa formule sont de l'ordre de celles que je viens de rappeler.

Le meilleur fer, en dehors des cas spéciaux où l'iodure est indiqué, sera toujours celui qui constituera pour l'estomac la préparation la moins onéreuse. A ce point de vue, le Peptonate est bien, croyons-nous, le dernier mot de la pharmacologie : combinaison physiologique analogue à celle qui se produit toujours dans l'estomac, mais avec fatigue pour cet organe, entre le fer ingéré et le résultat de la digestion des albuminoïdes, c'est en quelque sorte du fer ayant déjà subi un premier degré d'élaboration et presque directement absorbable par les parois du ventricule.

La Pepsine et la Diastase associées au Peptonate de fer agissent de deux manières : par leur action propre sur la chymification, mais aussi parce que, comme le pensait Gubler, « ces ferments naturels agissent surtout par l'activité plus grande qu'ils impriment à la muqueuse stomacale dont ils constituent le meilleur des stimulants. » Bien supérieurs aux amers, dont ils ne comportent aucune des contre-indications, ces deux ferments sont pour les dyspeptiques par aglobulie le meilleur des apéritifs en même temps qu'un eupeptique puissant. Il nous est arrivé de voir des chlorotiques affligées

d'une anorexie absolument alarmante, ayant vainement fait usage des préparations de noix vomique, fève Saint-Ignace, Colombo, etc., témoigner à leur grand étonnement, et dès la première cuillerée d'*Elixir Hempton*, d'un peu d'appétit, et, de ce moment même, revenir à la santé d'une manière continue.

Les cordiaux diffusibles : coca, cannelle et oranges amères qui entrent dans la composition de cet élixir, sont là pour stimuler l'activité générale de l'organisme, augmenter ses forces vitales, lui permettre de réagir victorieusement contre les causes de dépression et d'imperfection physiologique, contribuant de la sorte à mettre l'organisme dans les meilleures conditions d'assimilation du fer.

Ils contribuent aussi, ce qui n'est pas à dédaigner, à faire de cet élixir, de la force d'un vin généreux, une liqueur fort agréable, très goûtée des malades, qui, loin de la négliger ou de l'oublier, la recherchent avec plaisir.

Nous en retirons tous les jours des résultats si probants et parfois si étonnants, nous l'avons vue si constamment réussir où d'autres ferrugineux, et des plus en vogue, avaient échoué, que nous sommes persuadé que c'est obliger nombre de nos confrères de leur signaler une préparation si rationnelle et si bien conçue à tous les points de vue.

VARIÉTÉS

LE DISPENSAIRE MUNICIPAL DE CLERMONT-FERRAND ET UNE CONFÉRENCE DE M. FREDET, MÉDECIN DE CE DISPENSAIRE.

Il est des exemples qui, au grand profit de l'humanité, sont heureusement contagieux. Tel a été celui de notre estimé confrère, le docteur Gibert (du Havre), dont le dispensaire est un modèle suivi par quelques municipalités, encore trop rares. A Clermont-Ferrand, la généreuse initiative de M. le docteur Hospital a doté la ville d'un semblable établissement ; M. Fredet célébrait l'anniversaire de la fondation de ce nouveau-né le 12 mars dernier et rendait un hommage légitime à celui qui en a été l'organisateur (1).

Depuis le 1er mars 1882 jusqu'au 1er mars 1883, 2,168 consultations ont été données à 1,300 ou 1,400 enfants indigents en puissance de maladies chroniques. Les affections aiguës sont rarement observées à cause de la difficulté du transport à la consultation. A ce point de vue particulier, il y a donc une lacune à faire disparaître par l'organisation de secours médicaux et pharmaceutiques à domicile spécialement destinés à l'enfance.

Les maladies chroniques les plus fréquentes étaient les suivantes : impétigo (200 cas), ophthalmies diverses (156), adénites, et surtout adénites cervicales (103), diathèse scrofuleuse accentuée (110), faiblesse générale, anémie ou vice de développement (83), rachitisme (65), vulvite (12), abcès froids et ostéites strumeuses (21). Les dermatoses parasitaires étaient rares : 5 à 6 cas de gale et 12 cas de teignes. Enfin, on a observé un cas de syphilis.

De plus, ce dispensaire n'est pas seulement un vaste champ d'action pour la charité publique, il est également un vaste milieu d'observation scientifique, et M. Fredet l'a savamment montré dans cette conférence en étudiant pratiquement et comparativement la scrofule, la syphilis, l'arthritis et l'herpétis dans leurs diverses manifestations chronologiques. Cette importante leçon méritait les applaudissements des auditeurs ; elle les a obtenus. Ce dispensaire municipal est donc, sous l'habile direction de MM. Fredet et Mioche, un moyen puissant d'enseignement pour les étudiants de l'Ecole de médecine de Clermont.

En terminant, et sans quitter l'Auvergne, remarquons encore le zèle infatigable de M. Fredet aussi bien pour la médecine du présent que pour celle du passé. Dernièrement encore, il publiait une *Note sur les thermes romains de Royat*. Le médecin vient en aide à l'archéologue pour faire revivre, dans des descriptions pittoresques, les hypocaustes, les piscines, les latrina, l'atrium, l'apodyterium, le frigidarium et toutes les dépendances de ces constructions dont des fouilles nombreuses ont mis au jour les fondations, ainsi que des débris de statues, d'ornements et d'ustensiles divers. Ces recherches ont donc été fructueuses pour la science ; puissent-elles se continuer encore sous l'habile et savante direction de M. Fredet ! Ce serait là une toute-puissante garantie de succès. — Ch. E.

(1) *Conférence faite au dispensaire municipal de Clermont-Ferrand*, par M. le docteur FREDET. Paris. Delahaye et Lecrosnier ; 1883.

FORMULAIRE

De l'eau chloroformée. — Lasègue et Regnauld.

Dans un flacon rempli aux trois quarts d'eau distillée, on verse un excès de chloroforme, on agite à plusieurs reprises, et on laisse déposer le chloroforme jusqu'à complet éclaircissement. On sépare, au moyen du siphon, l'eau chloroformée tout à fait transparente, et qui dissout 10 grammes de chloroforme par litre, pour se saturer. Employée en compresses, soit pure soit étendue de la moitié ou même de son poids d'eau, elle calme les douleurs superficielles. — Dans le cas de mal profond, on commence par appliquer un cataplasme de farine de lin très chaud, qu'on remplace ensuite par la compresse d'eau chloroformée. On obtient ainsi une révulsion énergique, qui fait cesser la douleur. — Associée à une faible solution d'opium, l'eau chloroformée remédie aux douleurs dentaires vagues. — Mêlée au sirop de morphine, elle peut être administrée avec succès comme remède interne contre les malaises divers qui troublent la digestion, tels que baillements, éructations, pesanteurs. Enfin, elle peut être conseillée à titre de remède palliatif dans le cancer de l'estomac.

COURRIER

Société de médecine de Paris. — Séance du 24 novembre 1883. — 1. M. Budin : Présentation du dos dans un cas de grossesse gémellaire. Epanchement sanguin entre les membranes des deux œufs. — 2. M. Duroziez : Du souffle sibilant de l'insuffisance aortique. — 3. Rapports sur les candidatures de MM. Jacollot, Loison et Chabassu au titre de membres correspondants (MM. Dubrisay, Dubuc et Rougon, rapporteurs). — 4. Vote sur la candidature de M. Charrier au titre de membre honoraire. — 5. Vote sur la candidature de M. Millot-Carpentier au titre de membre correspondant.

Hôpital des enfants malades. — M. Descroizilles a repris ses conférences cliniques et les continuera le jeudi de chaque semaine, à 9 heures, au cabinet de consultations de l'hôpital.

Réunion des médecins de la Savoie. — On lit dans les *Alpes* (d'Annecy) du 27 septembre 1883 :

Les deux sections savoisiennes de l'Association générale des médecins de France ont tenu une réunion plénière à Annecy, samedi dernier. La section de la Haute-Savoie s'est réunie à l'Hôtel de ville dans la matinée, et celle de la Savoie a délibéré sur le bateau l'*Allobroge*, pendant le trajet d'Annecy à Talloires, où a eu lieu le banquet.

C'est dans l'ancienne abbaye que ce banquet a été servi, à la satisfaction de tous les doctes convives, au nombre de cinquante. M. Trélat, le savant professeur de la Faculté de Paris, y assistait. Inutile de dire que les disciples d'Hippocrate ont fait honneur au menu savamment préparé par un des leurs, et dont la rédaction latine était due, prétend-on, à un des anciens moines revenu tout exprès pour se livrer à cette besogne intéressante : *Cyprini, tructæ, lotæ, lumbi bovis, lepus jurulentus*, etc. *Sambayo* et *Copta Sabaudiæ* (lire : *gâteau de Savoie*), *cancri fluviales*, etc., etc., rien n'y manquait.

Des toasts, nous ne pouvons rien dire si ce n'est qu'ils ont été assez nombreux, malgré l'avertissement imprimé à la fin du *menu* : *Hic propinent oratores — multa in paucis*.

Le retour à Annecy s'est effectué trop tôt; le bateau a ramené au port nos excellents docteurs, dont quelques-uns devaient prendre le train de cinq heures. On a humé le café sur le navire : *coffea et liquores in Pyroscaphâ haurientur*, disait le *menu*, — sans oublier les *cigara accuratius dessicata...*

En somme, bonne et fraternelle réunion, contrariée un peu par le mauvais temps, mais qui laissera quand même des souvenirs agréables dans l'esprit des docteurs qui y ont pris part.

N'oublions pas de payer un juste tribut d'éloges à M. le docteur Thonion, qui s'est distingué en réglant admirablement toutes les parties du programme de la fête.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

N° 166 L'UNION MÉDICALE Samedi 24 Novembre 1883

Sommaire

De la recherche du bacille de la tuberculose dans les produits d'expectoration et de son importance diagnostique,

Par A. COCHEZ, interne des hôpitaux.

Depuis le travail de Koch, de nombreuses recherches ont été faites dans le but de déterminer si la clinique avait directement à bénéficier de sa découverte. Des observateurs de tous les pays se mirent à l'œuvre; on soumit à l'examen toutes les sécrétions des phthisiques; les produits d'expectoration furent surtout étudiés. Les résultats obtenus d'abord indécis et variables, probablement à cause d'un défaut de technique, nous paraissent aujourd'hui d'une précision suffisante pour constituer des lois. Avec Balmer et Fraentzel, Lichtheim, Kredel, Wobly, Heron, d'Espine, etc., pour ne citer que les plus affirmatifs, nous croyons pouvoir conclore que :

1° La présence des bacilles de Koch dans les produits d'expectoration est un signe absolu de tuberculose pulmonaire.

2° L'absence de ces bacilles, *constatée à plusieurs reprises*, permet d'écarter le diagnostic de tuberculose.

Tandis que la première proposition nous paraît aujourd'hui indiscutable et démontrée par un nombre suffisant de faits, la seconde est plus difficile à admettre, aussi la confirmation anatomo-pathologique est-elle encore nécessaire pour entraîner la conviction.

La phthisie pulmonaire ne se présente pas toujours avec le même appareil symptomatique. Il s'en faut que le diagnostic s'impose au clinicien dans tous les cas, et assez souvent l'examen le mieux conduit avec tous les procédés d'exploration actuels, peut ne mener qu'à des probabilités se rapprochant plus ou moins de la certitude. Et cependant est-il besoin de démontrer quelle n'est pas l'importance doctrinale et pratique d'un pareil diagnostic; quelles erreurs regrettables l'hésitation peut entraîner au point de

---

FEUILLETON

CAUSERIES

L'Académie des sciences, bien inspirée cette fois, a enfin ouvert ses portes au professeur Charcot, et ratifié par une respectable majorité la liste de présentation dressée par la section de médecine et chirurgie.

Cette élection sera aussi bien accueillie par le monde médical en France qu'à l'étranger, où les travaux de M. Charcot jouissent d'une notoriété et d'une considération de premier ordre. Son nom est assurément un de ceux qui portent le plus haut et soutiennent avec le plus d'autorité l'éclat de la médecine française ; et ce n'est pas sans surprise qu'on aurait vu l'Institut refuser plus longtemps de s'associer à cette désignation unanime.

Car tout le monde pensait ainsi, jusqu'au moment peu éloigné où la presse politique, par un de ses organes les plus retentissants, organisa je ne sais quelle campagne contre le professeur Charcot, et spécialement contre sa candidature à l'Institut. Le public, toujours friand de reportage, prêta l'oreille à des insinuations qui ne valent pas d'être rappelées, et se prit à douter de la haute valeur des titres scientifiques de M. Charcot.

L'Institut a fait justice de cette agitation, et couronné par son vote une carrière médicale où s'allient si heureusement l'amour du progrès et le culte de la tradition, où les

vue du pronostic et de la thérapeutique? Aussi comprend-on que les auteurs aient voulu trouver dans la présence du bacille un critérium absolu, un signe pathognomonique de la tuberculose. Mais, jusqu'ici, on trouve peu d'observations relatées où la phthisie était cliniquement méconnaissable et où la découverte du micro-organisme dans les crachats a fait cesser toute hésitation.

C'est ce qui nous détermine à publier aujourd'hui les plus intéressantes de nos observations, dans lesquelles le diagnostic de phthisie ne pouvait être affirmé avec les signes ordinaires. La plupart de ces observations nous ont été fournies par nos collègues, qui nous faisaient préalablement examiner les crachats sans nous en dire la provenance. La présence ou l'absence du bacille a servi dans presque tous les cas à établir le diagnostic, et dans les observations où l'absence du bacille est relevée, l'autopsie a toujours donné raison à notre examen négatif.

Nous eûmes à examiner les crachats des deux malades du service de M. le docteur Tenneson, alors suppléé par M. Muselier. Les bacilles s'y trouvaient en grand nombre. Cette constatation permit de s'arrêter au diagnostic de phthisie aiguë, et d'abandonner complètement l'idée de fièvre typhoïde à forme thoracique. Dans les deux cas, l'autopsie ne tarda pas à démontrer l'exactitude de cette affirmation.

Voici une très intéressante observation de phthisie aiguë que nous devons à notre excellent collègue Gilbert.

Obs. I. — P. G..., déménageur, 68 ans, entre le 10 octobre 1883 à l'hôpital Saint-Antoine, service du professeur Hayem.

Aucune maladie antérieure, pas de tuberculose dans la famille.

Depuis plusieurs mois, le malade est misérable. Il y a quinze jours environ que se sentant profondément fatigué, il a dû abandonner son travail. A son entrée, il est très abattu et répond très difficilement aux questions. Il se plaint de céphalalgie, d'insomnie, de faiblesse. Ses téguments ont une coloration jaunâtre, sa peau est flasque et sèche, ses masses musculaires amaigries.

Toux peu fréquente, expectoration formée de quelques crachats muco-purulents. Grande maigreur des muscles thoraciques; la palpation et la percussion ne révèlent aucun signe anormal; l'auscultation la plus minutieuse demeure presque entièrement négative; à l'inspiration et à l'expiration se fait entendre un ronflement sonore masquant le murmure vésiculaire normal.

---

exigences techniques de la science moderne s'accordent avec l'esprit classique qui a toujours fait la gloire de l'Ecole française.

*
* *

Les solennités ont abondé d'ailleurs dans cette dernière quinzaine, car on peut considérer comme telle la leçon d'ouverture du professeur Jaccoud, à la clinique de la Pitié. Le compte rendu d'un de nos derniers numéros a donné fidèlement la physionomie de cette intéressante séance, la qualité et l'empressement des auditeurs, et le grand succès de M. Jaccoud.

Cette simple profession de foi : « Je suis médecin, » dont la diction a provoqué, paraît-il, une salve d'applaudissements, rappelle les martyrs dans le cirque, s'écriant : « Je suis chrétien, » en se livrant aux bêtes ; et c'est bien aux morsures de bêtes qui ne pardonnent pas, j'ai nommé les microbes, que M. Jaccoud s'est courageusement exposé en revendiquant les droits impérissables de la tradition hippocratique.

Cette leçon d'ouverture n'aura pas été seulement un régal académique pour les assistants, qu'avait attirés en foule la renommée oratoire de M. Jaccoud ; elle sera aussi un plaisir et une consolation pour ceux qui devront se contenter d'en jouir par la lecture.

Elle fixe, en effet, une ligne de conduite aux esprits qui cherchent leur voie au milieu des doctrines à la mode, et que déconcerte ce contraste flagrant entre les affirmations tranchantes des novateurs, et l'incertitude des applications de leurs découvertes à la médecine humaine. Les attraits d'une théorie concrète, la clarté des démonstrations dans le laboratoire et sur les animaux, le retentissement des vérités acquises ont entraîné vers la religion naissante des adeptes convaincus, et quiconque laisse voir ses doutes et résiste au mouvement est traité de rétrograde et presque conspué.

Appétit perdu, langue sèche, soif vive. Selles régulières. Rien du côté du foie et de l rate. Pas d'albumine dans les urines. Température, 38°2.

Le diagnostic reste fatalement hésitant. Les signes dominants sont l'abattement et l'état de faiblesse extrême, l'adynamie en un mot. L'absence de toute détermination morbide apparente et prépondérante vers tel ou tel organe ne permet pas de fixer d'une façon certaine la cause de cet état adynamique.

Le lendemain, pas de modification appréciable dans l'état du malade. L'on soupçonne la possibilité d'une tuberculose, et l'examen des crachats révèle la présence d'un nombre médiocre de bacilles.

Les jours suivants, l'état adynamique s'accentue davantage, la courbe thermique oscille autour de 39°. Le malade meurt après trois jours d'un état comateux complet.

A l'autopsie, adhérences pleurales bi-latérales. Poumons criblés dans toute leur hauteur de granulations tuberculeuses petites et semi-transparentes. Au centre du sommet droit, très petite cavernule de la dimension d'un gros pois entourée d'une zone étroite de granulations jaunâtres.

Dans ce cas, on le voit, à peine aurait-on pu soupçonner la nature de la maladie sans la constatation des bacilles dans les crachats.

S'il est une époque de la phthisie où la notion de la maladie peut acquérir une importance capitale, c'est évidemment à la période de début. Un des sommets est le siège de quelques tubercules, qui vont se développer plus ou moins lentement et devenir eux-mêmes le point de départ de poussées ultérieures. Que la maladie soit reconnue à ce moment, qu'un traitement rationnel et énergique soit institué, le processus dans bien des cas pourra être enrayé dans sa marche. Mais c'est ici que les difficultés sont grandes pour le clinicien. Ces quelques tubercules disséminés dans un sommet peuvent pendant des mois ne donner naissance qu'à des signes variables et très peu caractéristiques (anémie, dyspepsie); souvent cette même lésion initiale peut rester absolument silencieuse. Et encore, si les signes physiques locaux étaient constants ou tout au moins précis dans leur signification ! Mais les auteurs les plus compétents sont loin de s'entendre sur leur valeur, et tandis que les uns considèrent la respiration saccadée et l'expiration prolongée comme d'excellents signes, les autres donnent une grande importance à une simple modification dans le rhythme et dans la tonalité, d'autres enfin attendent la constatation de craquements pour se prononcer d'une façon définitive. C'est à ces périodes douteuses qu'il y aurait le plus haut intérêt

---

C'est pourquoi je disais que les paroles de M. Jaccoud seront une consolation pour ceux qui luttent encore contre le microbe à outrance, et qui se trouveront soutenus et raffermis dans leurs vieilles croyances par une protestation si autorisée et si victorieusement formulée. Je n'hésite pas à avouer que, pour ma part, je me délecte encore en repassant ces phrases harmonieuses qui montrent les grandes théories microbiennes stériles pour le clinicien, réduites à un changement de mot et dangereuses pour le malade entre les mains des fanatiques. Vous savez que la guerre aux microbes est un de mes dadas, et vous me pardonnerez un moment de légitime exultation en voyant ce dada devenir Pégase, et porter un cavalier qui lui fait tant d'honneur. J'ai fait jadis la même chevauchée à la suite du professeur Peter, et c'est une aubaine pour moi que de la renouveler avec M. Jaccoud.

Les arguments développés par M. Peter, lors de la discussion à l'Académie de médecine sur la fièvre typhoïde, il vient d'ailleurs de les reprendre et d'en faire aussi le sujet de sa leçon de rentrée pour le cours de pathologie interne. Je serais moins enthousiaste cette fois-ci, et ne le suivrais pas jusqu'au bout dans son procès à l'atténuation des virus et aux inoculations préventives. Cette partie des doctrines microbiennes me paraît au contraire ce qu'elles ont de solide et de fructueux jusqu'à présent, et quelques réfutations un peu subtiles ne m'ont pas ébranlé. Je pense qu'on ne me contestera pas l'éclectisme et la modération, et que mon antimicrobisme ne sera point qualifié de parti-pris. Tel qu'il est d'ailleurs, il n'engage que moi, et n'entraîne en rien la solidarité des maîtres de cette maison, où je n'ai qu'un pied-à-terre au rez-de-chaussée.

Le fait est qu'on ne sait plus où l'on va, avec les doctrines microbiennes, et je me demandais si je n'étais pas en proie à quelque hallucination de l'ouïe, quand j'entendais

à constater la présence du bacille dans l'expectoration. Mais le plus souvent, à cette époque de la maladie, les sujets ne crachent pas ou rendent simplement quelques crachats blancs et mousseux qui proviennent de la partie supérieure des voies respiratoires. Les crachats muco-purulents, qui sont seuls riches en bacilles, indiquent déjà une inflammation des ramifications bronchiques, symptomatique de la présence de tubercules ; le diagnostic est alors facilité par la constatation des signes physiques d'une bronchite localisée. Bien souvent cette année nous avons observé des malades soupçonnés tuberculeux au début ; les produits d'expectoration nous ont manqué pour étayer le diagnostic.

Fraentzel est arrivé à des résultats plus satisfaisants, puisqu'il dit avoir constaté la présence de bacilles avant que les signes physiques pulmonaires justifiassent l'idée de phthisie. Lichtheim (1) a fait la même constatation chez un jeune homme qui ne présentait aucun signe physique, et qui, depuis quinze jours seulement, se plaignait de toux et de phénomènes fébriles.

Les modifications diverses de la respiration subies au début de la phthisie pourront être masquées par l'existence d'une affection laryngée. Il n'est pas rare alors que le murmure vésiculaire soit profondément affaibli et qu'on ne constate à l'auscultation que le bruit laryngé propagé. L'expectoration existe-t-elle, la recherche du bacille va nous donner la clef du diagnostic. La nature de l'affection laryngée pourra même être directement déterminée. Comme l'a signalé Fraenkel (2), le laryngoscope et le pinceau laryngien permettront d'obtenir la sécrétion propre de l'organe vocal et d'y rechercher le bacille.

La phthisie commençante se cache aussi sous la forme d'une pleurésie. Celle-ci se montre parfois si longtemps avant l'apparition des premiers signes de la tuberculose, qu'on s'est demandé si la pleurésie n'était pas la cause de la phthisie. Evidemment cette dernière subordination peut se montrer quelquefois et on a pu l'expliquer, au moins pour les pleurésies soignées dans les hôpitaux, en faisant intervenir la contagion de la tuberculose. Mais le plus souvent la pleurésie qui précède la phthisie est la

(1) Lichtheim. *Fortschritte der Medicin*, 1883, n° 1.
(2) Fraenkel. *Die Diagn.*, etc. *Berlin. Klin. Woch.*, 1883, n° 4.

---

dernièrement un candidat brillant, dans une leçon de concours, proclamer la pneumonie une affection parasitaire. Montrez-moi dans les crachats ou dans les alvéoles d'un pneumonique des microbes plus nombreux que les grains de sable de la mer, je ne dirai pas le contraire, mais vous ne me persuaderez pas que la pneumonie est une affection parasitaire. Quand vous allez à la garde-robe, vous évacuez des myriades de microbes de toutes les formes, et vous ne vous croyez pas plus infecté pour cela.

Ce qu'il y a de plus parasitaire dans les microbes, c'est leur indiscrétion à se glisser partout et à prendre la bonne place, là où ils devraient être tout au plus à la petite table. Et s'ils méritent en un sens l'appellation de parasites, c'est en tant qu'éléments accessoires de la virulence, de la contagion, de toutes les maladies où ils ont été trouvés, et qui existent avec eux, mais non à cause d'eux.

*
* *

La réunion des sociétés de gymnastique du département de la Seine, qui s'est tenue un de ces dimanches à l'Hippodrome, ne peut être oubliée parmi les événements d'intérêt médical. Faut-il saluer dans cette matinée d'un nouveau genre le signal d'un réveil de l'éducation physique, si étrangement négligée dans notre pays ? Je le voudrais, je le souhaiterais ardemment, tant je suis convaincu de la nécessité sociale et individuelle de la culture du corps, et en particulier des bienfaits de la gymnastique.

Il y a peut-être de l'espoir; les Sociétés de gymnastique, inconnues en France il y a vingt ans, commencent à se multiplier, et de zélés propagateurs se dévouent pour stimuler, dans des conférences, l'initiative des autorités et la participation de toute la jeunesse.

première manifestation de cette maladie, laquelle existe alors à l'état latent et évoluera plus ou moins longtemps après la guérison de l'épanchement. Les pleurésies hémorrhagiques elles-mêmes pourront aussi bénéficier de la recherche du bacille. L'observation qui suit en est un exemple frappant.

Obs. II. — G..., 24 ans, tourneur, entré le 22 août 1883, salle Andral, n° 9.

Aurait perdu son père et sa mère de la poitrine. N'a jamais fait de maladie avant celle-ci.

Alité depuis trois semaines environ. Début par point de côté à droite. Toux. Un peu d'expectoration. Appétit conservé. Jamais d'hémoptysies.

A son entrée, il se plaint vivement de son point de côté. C'est un jeune homme assez robuste : masses musculaires saillantes, peau brune, système pileux médiocrement développé, les doigts ne sont pas renflés en massue. Toux fréquente, quinteuse, amenant quelques crachats muqueux. Skodisme sous claviculaire droit. Frottements pleuraux à droite, en haut et en avant, respiration faible en bas. En arrière, matité à droite. Pas de souffle bien net, mais respiration faible, pas d'égophonie, t. s. : 39°4, t. m. : 39.

Le 24 août, on constate à droite matité, souffle doux, égophonie dans la moitié inférieure, frottements, râles au sommet.

Les jours suivants, même état avec fièvre oscillante entre 39 et 40. Malade légèrement anhélant.

Accroissement de l'épanchement. M. Roques fait une ponction et retire un demi-litre de liquide sanguinolent.

Les jours suivants, amélioration notable, l'épanchement diminue, et le 28 septembre, frottements pleuraux généralisés à droite, aussi bien au sommet qu'à la base. Absolument aucun râle par la toux.

Le malade sort guéri le 3 octobre. Il aurait diminué de douze livres pendant son séjour à l'hôpital.

Trois examens de crachats ont été pratiqués, les deux premiers quelque temps après l'entrée du malade, le troisième avant son départ. L'expectoration était très peu abondante, mais quelques crachats muco-purulents rendus le matin ont suffi. A chaque examen on a constaté des bacilles, mais leur nombre en était restreint.

Si nous nous reportons à la remarquable thèse de M. Moutard-Martin (*Etude sur les pleurésies hémorrhagiques*, 1878), nous constaterons que l'observation précédente rentre, au point de vue clinique, dans sa classe des pleurésies hémorrhagiques simples. Pour cet auteur, la pleurésie hémorrhagique tuberculeuse est symptomatique d'une tuberculose miliaire pulmonaire ou pleuro-pulmonaire. De sorte que, cliniquement, outre des signes de pleuro-

---

La gymnastique est, sans conteste, une des pratiques maîtresses de l'hygiène, et quelques démonstrations fort simples suffiraient à le prouver. Figurez-vous seulement la différence d'état d'un muscle au repos et d'un muscle qui travaille, et dans celui-ci la circulation plus active, l'usure des déchets de la machine humaine, le sang plus oxygéné, l'influx nerveux renouvelé, et voyez, avec l'importance en volume du système musculaire, le retentissement de son bon entretien sur la statique et la dynamique de tout l'organisme. C'est au point qu'en y réfléchissant, on ferait de la gymnastique du matin au soir. Ce serait exagéré, d'autant plus que la grande objection, quand on prêche contre l'abandon des exercices physiques, qui est le fait du commun des mortels, c'est précisément qu'on n'a pas le temps.

Un calcul qui a été fait constate que nous passons plusieurs années de notre existence rien qu'à dire des choses comme celles-ci : « Cordon, s'il vous plaît. » — « Conducteur, une correspondance. » — « Voilà le temps qui se couvre et j'ai oublié mon parapluie. » — « Garçon, un petit banc pour madame. » Il est évident qu'après le temps employé de la sorte, où voulez-vous qu'on trouve encore des loisirs pour soulever des haltères?

Plaisanterie à part, je voudrais que tout le monde fît de la gymnastique, si peu que ce fût et tous les jours, et pour y prendre goût, il faut bien savoir que la meilleure n'est pas celle qui consiste dans des exercices violents, dans le trapèze, la voltige, et qu'il n'est pas nécessaire de se désarticuler pour atteindre le but. On peut en tirer bénéfice à bien moins de frais, sans sortir de chez soi, et sans revêtir ces costumes qui font un peu de tort à la gymnastique en y associant une idée de tours de force et d'acrobatie.

La gymnastique est l'art de marcher et de se mouvoir correctement, comme la grammaire est l'art de parler et d'écrire correctement. Une grammaire vaut l'autre, et celle

pneumonie, le malade présente un mauvais état général, une aggravation très rapide de l'affection, et la mort à bref délai (la marche des lésions tuerait les malades dans le court espace d'un mois.)

Par contre, l'épanchement d'une pleurésie hémorrhagique simple est en général plus abondant et nécessite plus souvent la ponction. Celle-ci modifie favorablement les signes locaux, et la reproduction de l'épanchement est lente ou nulle. Pas de cachexie. Amélioration de l'état général; retour de l'appétit, des forces, de la santé. Pas de seconde ponction. Guérison.

Tel est le tableau qui, pour M. Moutard-Martin, résume les principaux caractères de la pleurésie hémorrhagique tuberculeuse et de la pleurésie hémorrhagique simple. La dernière description n'est-elle pas le sommaire fidèle de l'observation que nous venons de détailler? Aussi comprendra-t-on que M. le docteur Roques se soit arrêté au diagnostic de pleurésie hémorrhagique simple, diagnostic imposé par les symptômes et la marehe de la maladie. La triple constatation du bacille dans les crachats nous montre que nous avons eu affaire à une pleurésie de nature tuberculeuse, ce qui, dans l'espèce, malgré l'amélioration du sujet, implique un pronostic tout à fait différent.

Si le sommet du poumon est le lieu d'élection des tubercules, il n'en est pas le siège exclusif, et la pneumonie caséeuse en particulier peut se localiser à la base et donner lieu à des cavernes sans que les sommets présentent la moindre altération. Que, dans ce dernier cas, le processus ait marché lentement, que les symptômes généraux (amaigrissement, sueurs nocturnes, diarrhée, etc.), soient nuls ou peu accusés, et le clinicien se trouve dans le plus grand embarras. A-t-il affaire à une dilatation bronchique, à une pneumokoniose? Les râles sous-crépitants localisés à une base sont-ils symptomatiques d'une broncho-pneumonie chronique ou d'une infiltration tuberculeuse? L'excavation est-elle tuberculeuse ou provient-elle d'une gomme syphilitique? Montrons par quelques observations quelle importanee capitale la recherche du bacille peut acquérir dans ces cas.

Obs. III. — Une malade, âgée de 46 ans, couchée au n° 20 de la salle Laennec (service de M. Huchard), présente des gargouillements dans la moitié inférieure du poumon gauche et du souffle caverneux à la partie moyenne. L'expectoration est abondante et n'a pas les caractères des vomiques. Pas de fièvre, pas de sueurs nocturnes; facies nul-

---

du corps n'a aucune raison d'être moins cultivée que celle du langage. Et pourtant, que d'heures consacrées à celle-ci, et quel dédain pour l'autre! J'aime à croire, sur la foi des programmes, que cela a changé depuis nous; mais de mon temps, les leçons de gymnastique dans les lycées avaient lieu une fois par semaine, et c'était à qui y échapperait par des exemptions habilement extorquées. Nous mettions de l'amour-propre à ne pas faire de gymnastique; elle nous semblait quelque chose d'inférieur et d'humiliant, et c'était bien ainsi qu'on nous apprenait à la considérer, toute l'estime étant prise par le grec et le latin.

Dans toutes les familles, il y a une phase de l'éducation des enfants, où on leur répète à chaque instant de se tenir droits, comme on les corrige sur les fautes de français et les liaisons vicieuses; qu'on leur apprenne donc à prendre naturellement des attitudes correctes, par l'exercice régulier et harmonique des muscles. La gymnastique vaut bien les imparfaits du subjonctif.

Les Sociétés de gymnastique, dont les représentations publiques ne peuvent que hâter le développement, sont une heureuse réaction contre cette indifférence pour l'éducation corporelle, qui tient une si grande place chez nos voisins, Anglais, Allemands et Suisses. Ce qu'on peut augurer de mieux des bataillons scolaires, c'est qu'ils remplacent chez nous les nombreuses Sociétés qui, dans d'autres pays, englobent toute la jeunesse, et sont autant de foyers où s'attise l'esprit national.

A l'appui de ce qu'indique la simple raison, la science a recueilli de nombreuses données sur les bons effets de la gymnastique. La statistique a montré que la phthisie pulmonaire, dans sa répartition entre les différentes troupes de l'armée française, épargne relativement les bataillons de chasseurs à pied, et le motif plausible de cette immunité

lement tuberculeux. Intégrité complète des sommets et du poumon droit. On hésite pour le diagnostic entre la dilatation bronchique et la tuberculose.

L'examen des crachats me permet de constater des bacilles en nombre restreint.

Obs. IV. — B..., 62 ans, marchande des quatre-saisons. Salle Magendie, n° 14 (service de M. Huchard), entrée le 28 août 1883.

Femme au facies altéré, abattu. Anasarque datant de huit jours. Le ventre aurait d'abord augmenté de volume. Diarrhée abondante depuis six semaines. Elle a beaucoup maigri depuis six mois et a perdu ses forces. Expectoration purulente très abondante. Toux fréquente, pénible. Jamais d'hémoptysie. Pas de sueurs nocturnes.

Submatité du sommet droit en arriere; diminution d'élasticité; augmentation des vibrations vocales. A l'auscultation, souffle cavitaire intense avec gros râles caverneux provoqués par la toux. En avant, sous la clavicule droite, un peu de diminution du son et expiration soufflante. Pas de râles. Rien d'anormal dans le reste des poumons.

On constate, de plus, tous les signes d'une cirrhose atrophique. On croit à une tuberculose pulmonaire compliquant la sclérose hépatique.

L'examen des crachats, pratiqué à plusieurs reprises dans le courant de septembre, ne décèle pas de bacilles.

Mort le 5 octobre.

A l'autopsie : Foie cirrhotique type.

Poumon droit adhérent en haut surtout, et dans toute l'étendue. Plèvre très épaissie. Sclérose pulmonaire très considérable autour des bronches dilatées, ayant le calibre d'une sonde de femme. Tissu conjonctif épaissi, d'une coloration blanc bleuâtre. Poumon gauche absolument sain. *Pas de tubercules en aucun point.*

Obs. V. — P. V..., 37 ans, journalière. Salle Cl. Bernard, n° 1 (service de M. Straus).

Antécédents héréditaires nuls. Bonne santé antérieure. Soignée depuis cinq ans dans différents hôpitaux pour une polyurie. Elle entre à l'hôpital Tenon pour la même affection (8 à 10 litres d'urine par jour; elles sont claires, aqueuses, ne contenant ni albumine ni sucre).

Vers la fin d'août, elle est prise de point de côté à droite, de fièvre et de toux. Elle rend des crachats verts porracés, visqueux, aérés. A l'auscultation, souffle pneumonique à la base droite, râles crépitants par la toux; absolument rien d'anormal aux sommets. L'examen des crachats révèle une grande quantité de bacilles.

Les signes stéthoscopiques persistent malgré la défervescence. Les crachats sont presque supprimés. La malade tousse par quintes amenant souvent des vomissements. Pas de diarrhée. Polyurie et polydipsie sont toujours marquées.

A la fin d'octobre, les signes de la base ont persisté (matité, souffle, râles sous-crépitants). Du côté des sommets, on constate simplement une respiration soufflante à droite et en arrière, s'accentuant à mesure qu'on se rapproche du hile. Aucun râle même par la toux.

---

est la plus grande importance accordée dans ces bataillons à l'instruction corporelle et aux exercices physiques. Il y a peu de temps, nos confrères les docteurs Chassagne et Dally, par des mensurations relevées à l'Ecole de Joinville-le-Pont, ont constaté l'augmentation des masses musculaires et le développement du thorax sous l'influence de la gymnastique, et cette démonstration par les chiffres est de nature à convaincre les plus incrédules. Parmi tant de choses obligatoires à notre époque, la gymnastique est une de celles qui mériteraient de le devenir, au moins autant que la vaccine, dont on a proposé aussi l'obligation ; car la vaccine préserve d'une seule maladie, et la gymnastique d'un grand nombre.

Avec la force et la santé, elle donne encore par surcroît l'agilité et la souplesse, qui ne sont pas à dédaigner, et feraient une heureuse diversion à l'inertie qui tend à envahir toutes les classes non laborieuses de la société. Il y a une tendance générale à l'empâtement, se manifestant par une demi-obésité et la proéminence précoce du ventre. Combien de gens ne marchent jamais, et ont une telle rigidité dans tous leurs mouvements que le moindre choc leur fait perdre l'équilibre? La gymnastique la plus élémentaire les sauverait de cette impotence, qui est parfois bien gênante, sans qu'ils aient besoin de pousser leur ambition jusqu'à grimper aux gouttières, ou à exécuter le saut périlleux.

J'aurais pu résumer toutes mes sympathies pour la gymnastique dans un adage assez connu, mais que je me suis réservé comme argument suprême : *Mens sana in corpore sano.* Inutile de vous dire que ni l'idée ni le texte ne sont de moi.

A. L.

Grâce à la présence du bacille, on a pu d'emblée reconnaître la pneumonie tuberculeuse.

Obs. VI. — L. M..., 36 ans, journalière, entrée le 20 août 1883, lit n° 18 de la salle Rayer (service de M. Rendu). Père mort de chaud et froid. Mère bien portante. S'est toujours bien portée avant la maladie actuelle.

Se marie à 19 ans. A l'âge de 20 ans, elle tombe un matin comme une masse et reste dix minutes sans connaissance. Quand elle reprend ses sens, elle ne peut plus mouvoir ses deux membres gauches, sa figure est déviée à droite. Au bout d'un mois environ, les mouvements reviennent progressivement et lentement.

A 25 ans, coryza qui ne tarde pas à s'accompagner d'un gonflement et d'une coloration violacée du nez.

Entre à la Pitié dans le service de M. Peter, qui aurait reconnu une gomme et aurait donné de l'iodure de potassium. Au bout de six semaines, elle sort améliorée, mais non complètement guérie.

Actuellement, elle se plaint de tousser depuis quatre mois environ. Point de côté à gauche. Fièvre le soir. Sueurs nocturnes. Crachats muco-purulents qui ont présenté une teinte brunâtre.

Submatité de la moitié inférieure du poumon gauche. Gros souffle caverneux à la partie moyenne du même côté. Le sommet paraît sain ainsi que l'autre poumon.

Ongles hippocratiques.

Ozène : Odeur très fétide. Cloison détruite sur une grande hauteur. Nez aplati. Il sort de temps en temps des croûtes noirâtres et des morceaux d'os.

On pense à la syphilis et on institue le traitement rationnel.

14 septembre. Quelques râles autour du foyer ancien. Souffle plus intense. Retentissement de la voix.

12 octobre. État général meilleur. Les râles ont diminué. Les crachats examinés renferment de très nombreux bacilles.

24 octobre. M. Rendu constate que la malade va beaucoup mieux. Le souffle de la partie postérieure et moyenne du poumon gauche *a disparu*, les râles sont infiniment moins nombreux; il doit y avoir sclérose. Par contre, l'ozène s'est peu modifié.

Dans cette dernière observation, on a hésité entre la tuberculose et la syphilis pulmonaire, étant donnée la coexistence de la lésion cérébrale survenue dans un âge encore peu avancé, de la déformation du nez et de la lésion pulmonaire. Le diagnostic de syphilis était d'ailleurs d'autant plus acceptable que l'excavation siégeait à la partie moyenne et ne s'accompagnait que de symptômes généraux atténués.

Cette observation doit être rapprochée d'un fait analogue observé par Koch. Cet auteur, dans un cas douteux de lésion syphilitique ou tuberculeuse du poumon, a pu, par la découverte des bacilles, affirmer la nature tuberculeuse de la lésion; ce que l'autopsie vint confirmer. (*A suivre.*)

Sur la théorie de la paralysie générale. — De la folie paralytique et de la démence paralytique considérées comme deux maladies distinctes

Par M. le docteur Baillarger, Membre de l'Académie de médecine (1).

La paralysie générale se présente sous deux formes principales et qui diffèrent beaucoup entre elles par leurs symptômes, leur marche et quelquefois par leur mode de terminaison.

La première est caractérisée dès le début par la démence et la paralysie, c'est-à-dire par des symptômes d'abolition fonctionnelle.

Elle n'a sous cette forme ni intermittences ni transformations, elle est continue, progressive et toujours incurable.

On peut dans tous les cas de ce genre la désigner d'une manière très exacte par la dénomination de *démence paralytique.*

(1) M. le docteur Baillarger a publié, il y a trente ans, dans l'*Union Médicale*, ses premiers travaux sur cette question capitale. Nous sommes heureux de mettre aujourd'hui sous les yeux de nos lecteurs le résumé d'un travail étendu que l'éminent aliéniste va faire paraître.

La seconde forme offre un aspect très différent.

Elle est caractérisée pendant les premières périodes par le délire et le plus souvent par quelques symptômes d'ataxie musculaire, c'est-à-dire par des symptômes de perversion fonctionnelle.

Le délire a des caractères variés. Tantôt on observe pendant plusieurs mois tous les symptômes d'un accès de manie ; tantôt ceux d'un accès de mélancolie, enfin il est des malades qui sont alternativement maniaques ou mélancoliques.

Les faits très nombreux qui se rattachent à cette seconde forme, expliquent la dénomination de *folie paralytique* employée encore aujourd'hui comme synonyme de paralysie générale.

La folie paralytique peut guérir, mais les guérisons sont rarement définitives.

Dans le plus grand nombre des cas, le malade revenu à la raison présente des signes d'affaiblissement intellectuel, début d'une démence paralytique qui ne manquera pas de se développer plus ou moins rapidement.

Il est, je crois, possibe de démontrer que la *démence paralytique* et la *folie paralytique* considérées par les partisans de la théorie unitaire comme deux formes de la même maladie, constituent au contraire deux affections distinctes et ayant chacune une existence qui lui est propre.

On ne conteste pas ce fait pour la démence paralytique.

Tout le monde admet qu'elle peut parcourir toutes ses périodes sans que le malade ait des conceptions délirantes. Elle n'a donc dans tous les cas de ce genre aucun rapport avec la folie. Elle forme désormais, comme l'a dit M. Charcot, un type vulgaire et classique.

Ceci admis, toute la question, comme on le voit, se réduit à démontrer qu'il existe bien réellement des accès de manie et de mélancolie dont les symptômes spéciaux ont paru suffire jusqu'ici pour établir le diagnostic de la paralysie générale, et qui cependant sont indépendants de la péri-encéphalite chronique.

Pour prouver l'existence de ces accès, on peut, je crois, invoquer les faits suivants :

I

Il existe désormais, dans la science, un certain nombre d'observations qui démontrent *que les symptômes psychiques et somatiques de la paralysie générale, persistent dans certains cas, une année et plus sans être liés aux lésions de la péri-encéphalite chronique, et qu'ils peuvent s'expliquer alors par de simples troubles circulatoires* (Foville, Régis, Mendel).

En reconnaissant ainsi que les symptômes des premières périodes de la paralysie générale à forme vésanique ne sont pas, comme on le croyait, *nécessairement et fatalement subordonnés* aux lésions de la péri-encéphalite chronique, on a par le fait admis l'existence d'une folie paralytique indépendante de cette maladie.

II

Il y a des cas où, la paralysie générale ayant été plus ou moins longtemps caractérisée par ses deux ordres de symptômes psychiques et somatiques, on voit les troubles musculaires disparaître pour ne plus revenir; la maladie se termine alors par la démence simple sans paralysie.

Dans tous les cas de ce genre, il ne paraît pas qu'on puisse songer à expliquer les symptômes par l'existence d'une péri-encéphalite chronique.

Ces symptômes doivent donc être attribués à de simples troubles circulatoires.

III

Quelques auteurs ont été conduits à admettre des *pseudo-paralysies générales alcooliques* après avoir observé successivement chez le même ma-

lade plusieurs accès de paralysie générale se terminant par la guérison. Je crois même devoir rappeler que chez un malade cité par M. Ball, ces guérisons se sont répétées seize fois.

Il n'est guère possible, ici encore, de s'arrêter à l'idée d'une péri-encéphalite chronique. Les *pseudo-paralysies générales alcooliques* peuvent donc servir à démontrer l'existence d'une folie paralytique alcoolique indépendante de la péri-encéphalite chronique.

IV

Il y a des cas où la période maniaque de la folie à double forme offre tous les symptômes de la forme maniaque de la paralysie générale, ce qui n'empêche pas la maladie de se prolonger un grand nombre d'années.

Il est bien évident qu'il n'y a ici qu'une vésanie à laquelle se trouvent associés passagèrement des symptômes somatiques qui n'ont qu'une importance accessoire, et on ne peut, malgré l'existence de ces symptômes, admettre l'idée d'une péri-encéphalite chronique.

Des quatre ordres de faits que je viens de rappeler, je crois pouvoir conclure qu'il existe une *folie paralytique* indépendante de la péri-encéphalite chronique et ayant une existence qui lui est propre.

Les conséquences de ce fait pour l'interprétation de beaucoup d'observations cliniques sont faciles à déduire.

I

On comprend difficilement comment un accès de manie avec délire des grandeurs peut guérir laissant, après lui les symptômes et les lésions de la péri-encéphalite chronique, en admettant que cet accès a été lui-même un symptôme direct de l'inflammation. Cette guérison d'une prétendue première période n'est-elle pas étrange en présence des symptômes commençants de la seconde période? C'est cependant ce qu'on voit très souvent dans ce qu'on appelle les rémissions de la paralysie générale.

L'objection disparaît, si on admet que ces accès de manie ont une existence qui leur est propre. Ils peuvent alors, en effet, guérir et laisser après eux des lésions secondaires et les symptômes de la démence paralytique à son début.

II

Les auteurs sont très embarrassés quand il s'agit d'expliquer « par une même phlegmasie» la succession chez le même malade d'accès de manie et mélancolie.

On est habitué à voir ces transformations et ces intermittences dans les vésanies pures, mais il est bien difficile de regarder les accès dans lesquels on les observe comme l'expression symptomatique directe d'une péri-encéphalite chronique diffuse.

L'objection cesse d'exister si on admet une folie paralytique ayant les mêmes symptômes, les mêmes formes, les mêmes transformations que la folie simple. Cette folie paralytique tantôt précédera la péri-encéphalite chronique, tantôt interviendra comme complication.

III

Il y a dans la science des exemples de guérison de paralysie générale qui se sont produites après six mois, huit mois ou même une année. M. Moreau a même publié l'observation d'un alcoolique qui offrait un type de paralysie générale et qui a guéri après plusieurs années. Comment une péri-encéphalite peut-elle se prolonger aussi longtemps dans un tissu vasculaire et aussi délicat que la substance grise, sans provoquer des lésions graves, lésions qui ne permettraient pas de comprendre le rétablissement de l'exercice normal de l'intelligence?

Ce sont des cas de guérison, comme il a été dit plus haut, qui ont conduit certains auteurs à admettre des *pseudo-paralysies générales*, c'est-à-dire des folies paralytiques indépendantes de la péri-encéphalite chronique. Ces auteurs ont ainsi fait disparaître l'objection que soulèvent tous les cas de guérison se produisant après une assez longue durée de la maladie.

IV

Tout le monde est d'accord pour reconnaître qu'il y a des faits assez nombreux difficiles à classer entre la folie simple et la paralysie générale, et je ne puis que renvoyer à tout ce qui a été dit des *paralysies générales sans embarras de parole,* et du *délire paralytique dans la folie simple.* Dans certains cas, on est obligé d'attendre la terminaison de la maladie pour porter un jugement définitif sur sa nature. Si le malade devient paralytique, on admet que l'accès de délire n'était que le début de la périencéphalite chronique. Si, au contraire, ce malade guérit sans avoir présenté aucun symptôme somatique, on le considère comme ayant été simplement menacé de paralysie générale, son accès est alors regardé comme un accès de folie simple.

Ces difficultés disparaissent si on admet une folie paralytique qui peut n'être caractérisée que par des symptômes psychiques spéciaux. Ces symptômes spéciaux constituent dans tous les cas une menace de paralysie générale et aggravent le pronostic; ils suffisent donc pour séparer ces accès des accès de folie simple.

L'existence d'une folie paralytique, indépendante de la péri-encéphalite chronique, étant démontrée, on voit donc disparaître plusieurs objections graves que soulève la théorie unitaire. On parvient en outre à classer des faits qui sont l'objet de continuelles dissidences. Je crois d'ailleurs devoir rappeler que ce sont ces objections et ces dissidences qui ont conduit M. Jules Falret à déclarer que l'histoire de la paralysie générale est à refaire et qu'il y a lieu désormais de rechercher une nouvelle théorie qui puisse renfermer tous les faits.

La folie paralytique avec ses formes variées, ses intermittences et ses transformations, ne peut être expliquée par une seule et même lésion.

Les lésions qui la produisent pouvant se prolonger longtemps, dans un tissu aussi vasculaire et aussi délicat que la substance grise, sans provoquer d'altérations graves et irréductibles, on a cru pouvoir expliquer les symptômes par de simples troubles circulatoires.

La folie paralytique est constituée par deux éléments très différents, l'un vésanique et l'autre somatique.

La prédominance de l'un de ces éléments peut expliquer les cas si variés qui se présentent à l'observation, la marche et quelquefois le mode de terminaison de la maladie.

C'est par l'élément somatique que la folie paralytique diffère de la folie simple.

C'est une folie *cum materia.*

CONCLUSIONS

1° La paralysie générale n'a que deux ordres de symptômes, constants et pathognomoniques : les symptômes de démence et de paralysie. Elle est essentiellement une *démence paralytique.*

2° La démence paralytique dans un assez grand nombre de cas parcourt toutes ses périodes sans que le malade ait de conceptions délirantes. Elle a donc une existence indépendante de la folie.

3° Il existe une espèce de folie caractérisée par des conceptions délirantes ambitieuses ou hypochondriaques offrant des caractères spéciaux et auxquelles s'associent le plus souvent des symptômes d'ataxie musculaire.

Cette espèce de folie considérée jusqu'ici, selon les cas, tantôt comme une

folie simple, tantôt comme une forme de paralysie générale, a une existence qui lui est propre.

Elle constitue toujours, même dans les cas légers, une menace de paralysie générale; on pourrait la désigner sous la dénomination de *folie paralytique*.

4° A la folie paralytique se rattachent tous les cas décrits dans ces dernières années sous la dénomination de *pseudo-paralysie générale*, au moins tous ceux qui présentent la forme vésanique.

5° La folie paralytique peut se terminer par la guérison, quelquefois par la démence simple sans paralysie, mais dans le plus grand nombre des cas elle se termine par la démence paralytique.

La paralysie générale, contrairement à l'opinion des partisans de la théorie unitaire, est donc souvent une maladie secondaire.

6° La folie paralytique peut éclater chez des malades déjà atteints de périencéphalite chronique; elle constitue alors une véritable complication.

7° Les accès de folie paralytique qu'on observe comme complication au début de la péri-encéphalite chronique guérissent assez souvent, mais la maladie primitive et principale poursuit son cours. C'est ce qu'on appelle les rémissions de la paralysie générale.

8° La folie paralytique, à part les caractères spéciaux indiqués plus haut, offre les mêmes symptômes, les mêmes formes, les mêmes transformations que la folie simple.

De même que les malades atteints des différentes formes de folie simple arrivent, comme on l'a dit, par des chemins différents à la démence simple; de même les malades atteints des différentes formes de folie paralytique arrivent aussi par des chemins différents, mais beaucoup plus rapidement, à la démence paralytique.

9° La folie paralytique n'a pu jusqu'ici être expliquée que par de simples troubles circulatoires; elle est constituée par deux éléments différents, l'un vésanique et l'autre somatique.

C'est la folie *cum materia*.

COURRIER

Voies urinaires. — Le docteur H. Picard commencera son cours le lundi 26 novembre à 8 heures du soir, amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. le professeur Brouardel est nommé membre du comité consultatif de l'enseignement public (commission de médecine et de pharmacie ; commission de scolarité), en remplacement de M. le professeur Parrot, décédé.

— M. le docteur Doleris recommencera son cours d'accouchement le lundi 3 décembre, à 4 heures 1/2, et le continuera tous les jours à la même heure. — Le cours, complet en deux mois, comprendra des *leçons théoriques, des examens cliniques et des exercices de chirurgie osbtétricale*.

On s'inscrit, 89, rue d'Assas.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Morein (de Camarsac) et Ragaine, médecin de l'Hôtel-Dieu de Mortagne.

— Nous apprenons avec regret la mort d'Alfred Richaud, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'Ecole de médecine et médecin des hôpitaux de Marseille, décédé le 13 novembre à l'âge de 34 ans. Richaud était un charmant collègue et tous ceux qui l'ont connu ont gardé de lui le meilleur souvenir.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

La maladie de Thomsen

(DYSMYOTONIE CONGÉNITALE.)

Il s'en faut que les nombreuses espèces récemment créées en pathologie nerveuse aient épuisé toutes les modalités de la neuropathie. Les Duchesne, les Charcot, les Erb, les Westphal, n'ont point fermé l'ère des découvertes que leurs travaux ont inaugurée, dont leur impulsion assure la fécondité, et où plus d'un nom s'associera encore à ces hautes notoriétés.

Dans ce champ où il reste tant à glaner, la clinique ne nous réserve peut-être pas moins de conquêtes que la connaissance des lésions ; nous n'en voulons donner pour preuve que l'histoire d'une entité qui restait complètement inconnue en France, pendant que peu à peu elle s'édifiait et s'imposait à l'étranger à l'égal des espèces les plus solidement assises ; il s'agit de la maladie de Thomsen.

On a pensé retrouver dans l'ouvrage célèbre de Charles Bell quelques traits se rapportant à un de ces cas que, les premiers, Bénédikt et Leyden entrevoyaient en réalité avec quelque clarté, et dont ils commençaient à saisir la véritable signification. Il s'agit d'un phénomène très simple qui est à lui seul tout le diagnostic et toute la maladie : à l'occasion d'un mouvement à exécuter, le malade est atteint, dans le membre ou le groupe de muscles actionné, d'une contracture qui ne cède qu'au bout d'un temps plus ou moins long, laissant dès lors toute liberté au mouvement. La durée, le degré, le siège et l'étendue de ce spasme se combinent pour donner leur physionomie spéciale aux cas particuliers.

Un des deux malades de Bénédikt présentait une telle raideur musculaire au moment où il voulait exécuter un mouvement, qu'il était obligé de prier quelqu'un d'assouplir ses membres (1).

Le sujet de Leyden (2), soldat réformé, ne pouvait plus ouvrir le poing quand il l'avait fermé. En lisant, ses yeux se refusaient parfois à suivre la ligne. La langue n'avait pas toute sa mobilité. Il lui était impossible de danser ou de courir.

La même année, 1876, Thomsen (3) et Seeligmüller (4) publiaient en somme les deux premiers travaux signalés par la conception nette et compréhensive de la nouvelle maladie.

A la fois observateur et sujet, Thomsen, dont le travail est le premier en date, doit autant à la valeur de son étude qu'à l'intérêt de son propre cas pathologique, d'avoir donné à la maladie le nom sous lequel on la désigne le plus communément en Allemagne. La famille même de Thomsen offre de nombreux exemples de cette singulière affection, qu'il a retrouvée dans cinq générations, à des degrés divers, alliée à toutes les formes du nervosisme. Des treize enfants de sa mère, sept en furent atteints. Ses propres enfants en présentent encore les symptômes, mais atténués.

Le fait de Seeligmüller se rapporte à une recrue qui faisait le désespoir de ses instructeurs par la lenteur et la gaucherie que le malheureux apportait, malgré toute sa bonne volonté, dans l'exécution des commandements de l'exercice.

(1) Benedikt. *Électrothérapie*, 1868, p. 135.
(2) Leyden. *Klinik der Rückenmarkskrank.* 1874, I, p. 128, et traduction française, p. 95.
(3) *Arch. für Psychiat.*, 1876, VI, p. 162.
(4) *Deut. med. Woch.*, 1876, II, nos 33 et 34, p. 389.

Seeligmüller a vu depuis deux nouveaux faits (1). Dans le premier, il s'agissait d'une artiste qui, après avoir chanté, restait fixée sur place, dans l'impossibilité de se retirer avant quelques instants. Au piano, ses doigts raidis ne retrouvaient que peu à peu leur souplesse. Les muscles de la face, de la langue étaient également sujets aux contractures. Dès l'enfance, le patinage et la danse étaient difficiles.

Les mésaventures du dernier malade étaient d'un autre genre. Se mettait-il en devoir de sauter à cheval ? La contracture le clouait impatiemment au sol. S'il voulait danser, il devait s'entraîner quelques instants à l'écart. Assis, il lui fallait se masser les membres pour pouvoir se lever. Seeligmüller, frappé du développement exagéré des masses musculaires de ses malades, en fit un élément de la maladie qu'il proposa d'appeler *Paralysie spinale spasmodique hypertrophique*. Il ne crut pas, en effet, au principe, avoir affaire à la maladie de Thomsen comme dans sa première observation, qu'il avait fait connaître sous le nom de *Paralysie spinale spasmodique avec contractions toniques intermittentes des muscles volontaires*. En réalité, il s'agissait bien incontestablement de la même entité, ce qu'il paraît avoir reconnu plus tard (2).

Dans l'intervalle des deux publications de Seeligmüller, Erb avait, au chapitre *Rara* et *Curiosa* de son article du Dictionnaire de Ziemssen (3), tracé les linéaments de cette maladie sur les données mêmes du premier fait de Seeligmüller et du travail de Thomsen, en rapprochant ce qu'il avait observé lui-même sur un jeune homme atteint de sclérose en plaques, qui dès son enfance était l'objet des risées de ses camarades pour son inaptitude à tous les jeux, et que le froid, toute excitation psychique paralysaient davantage avant de lui rendre peu à peu la liberté de ses mouvements.

Bernhardt (4) rapporte l'histoire d'un étudiant en droit de 22 ans, sans autre antécédent de famille qu'un oncle épileptique, et qu'un spasme musculaire clouait momentanément sur la chaise où il était demeuré quelque temps. Le moindre obstacle rencontré par son pied pendant la marche le jetait à terre. L'ascension des escaliers lui était pénible. Les bras manquaient eux-mêmes de liberté. A table, il se plaignait de ne pouvoir suffisamment ouvrir la bouche.

L'auteur conclut à une maladie congénitale, essentielle, du système des muscles volontaires, et ayant affaire, comme Seeligmüller et comme dans presque tous les cas connus, à une constitution athlétique, il libelle son observation : *Raideur et hypertrophie musculaires*.

Peters, médecin d'état-major brunswickois, a observé un soldat de 20 ans atteint de la même affection (5). Au commandement de : « Marche ! » il restait immobile, comme *ayant pris racine* dans le sol ; puis, agitant d'une façon désordonnée les bras et les jambes, il finissait par se mettre en route, mais chancelait encore pendant une dizaine de pas avant de recouvrer l'aisance de ses mouvements. Il lui était absolument impossible de courir ; il tombait s'il insistait. La langue, la mâchoire participaient à cette impotence particulière. L'élévation des bras ne pouvait dépasser l'horizontale.

Le petit paysan italien vu par Petrone (6) présentait ces phénomènes avec la même netteté. La contracture qui précédait les mouvements durait plusieurs secondes et faisait place à une complète liberté d'action pour la marche, la course, etc.

Strümpell (7) observait un commerçant de 36 ans, atteint dès l'enfance,

(1) *Jahrb. f. kind. heilk.* 1879, XIII, p. 257.
(2) *Landbuch der kind Krank* de C. Gerhardt, t. V, I, p. 175.
(3) 1878, t. XI, 2, p. 817.
(4) *Virchow's Arch.*, LXXV. 1879, p. 516.
(5) *Deutsche milit. ærztl. Zeitsch.* 1879, VIII, p. 101.
(6) *Rivista di freniatria.* 1881, VIII, p. 301, cité par Ballet et Marie.
(7) *Berl. klin. Woch.* 1881, XVIII, p. 119.

avec ses deux sœurs, d'une forme grave de la même affection. Il était au plus mal aux heures du matin, par le froid, la chaleur, se plaignant d'une faiblesse musculaire invincible, de ses membres lourds comme le plomb. Quand il se levait pour marcher, une contracture généralisée le faisait retomber roide « comme un morceau de bois ». Presque tous les muscles paraissaient atteints; ceux de la face, des yeux, de la langue, de la déglutition. La toux, l'éternuement, une frayeur donnaient le branle. C'était encore un homme d'une puissante musculature, d'une force athlétique. Strümpell rapporte cette affection à une anomalie (?) congénitale du système musculaire, et propose le nom de *myotonie congénitale.*

A MM. Ballet et Marie revient l'honneur d'avoir publié en France le premier cas de cette affection signalé à leur attention par M. Charcot, qui avait retrouvé sur un de ses malades tous les traits de la maladie de Thomsen, et, initiateur à tous les titres, faisait connaître à ses élèves le mémoire de Seeligmüller. Le très intéressant article de MM. Ballet et Marie, dont l'historique, inspiré surtout de cet auteur, reproduit la plupart des observations mentionnées plus haut, a pour titre : *Spasme musculaire au début du mouvement volontaire. Etude d'un trouble fonctionnel jusqu'à ce jour non décrit en France* (1).

Leur malade est un homme de 26 ans, qui fait remonter son affection à l'âge de 10 ans, et dont chaque mouvement volontaire des bras ou des jambes est précédé d'une rigidité tétanique durant de une à trois secondes, s'accompagnant d'une sensation locale toute particulière, et qui le gêne particulièrement pour gravir un escalier, étendre le bras, monter à cheval, etc. Naguère ses yeux mêmes, après avoir fixé quelque temps un objet, étaient retenus dans cette position. La rotation de la tête ne peut se faire en toute liberté. La langue, le larynx même, présentent des symptômes du même ordre. Le sujet est vigoureusement musclé; l'intelligence est vive, le caractère est irritable.

Westphal (2) a présenté à la Société de médecine de Berlin deux malades dont l'un, étudiant de 21 ans, est le neveu de Thomsen, tous deux atteints dès leur enfance. Ce sont toujours les mêmes symptômes. Presque tous les muscles du corps présentent cette anomalie de fonctionnement. L'un, après avoir éternué, ne peut rouvrir les yeux qu'avec de grands efforts; en mangeant, il ne peut fermer la bouche aussitôt qu'il le voudrait. Les deux sujets sont d'apparence athlétique; leur force musculaire est cependant modérée.

Westphal conclut à une perversion congénitale spéciale du tonus musculaire, liée à un développement exagéré des muscles.

Dans la discussion amenée par cette présentation, Jacusiel dit avoir constaté, sur un fragment de muscle du malade de Bernhardt, que la fibre musculaire est saine; il pense à une sorte de disparité congénitale entre les organes musculaire et nerveux. L'influx nerveux est tenu en échec par les masses musculaires exagérées qu'il devrait actionner, et manque à sa tâche.

C'est encore une recrue qui fait l'objet de l'observation toute récente de l'aide-médecin Schönfeld (3). Ce jeune médecin a été envoyé à l'hôpital parce qu'il lui arrive, à l'exercice, de tomber tout à coup à terre, quelquefois à plusieurs reprises, sans motif apparent. Après un repos de dix minutes, il lui est impossible de se mettre en marche au commandement. Il s'ébranle avec la plus grande difficulté, chancelle et tombe pour ne plus se relever que très péniblement. Au bout de dix à douze pas seulement, il reprend la liberté de son allure. Après s'être assis quelque temps, il a de la peine à se lever; la raideur peut alors envahir les membres supérieurs, comme à la suite d'un exercice violent. La parole est lente et traînante.

(1) *Archives de neurologie*, V, n° 13, p. 1; janvier 1883.
(2) *Berl. Klin. Woch.*, XX. 1883, n°s 11-20.
(3) *Berl. Klin. Woch.*, 1883, XX, 27, p. 412.

Enfin Möbius, qui vient de publier dans le *Schmidt's Jahrbücher* (1) une très complète revue analytique dont cet article est inspiré, a observé personnellement un jeune étudiant en théologie, volontaire de l'armée, qui lui a été adressé par le médecin d'état-major Sauer, et dont le cas lui semble se rattacher à une forme fruste de l'affection. De bonne heure, ce jeune homme était sujet, après s'être fatigué, à des crampes dans les mollets et à une raideur des membres le réduisant à l'impuissance pour plusieurs jours. Son père a présenté les mêmes accidents qui, chez lui, se sont exaspérés avec les fatigues du service militaire. Après une marche, tous ses mouvements sont entravés pour un jour ou deux. Quelquefois, les reins sont pris, et, après l'exercice du fusil, ce sont les bras eux-mêmes, dont il n'avait jamais eu à se plaindre auparavant. Cette contracture s'accompagne d'une sensation d'engourdissement dans les muscles atteints; mais c'est quelquefois aussi une sorte de trépidation électrique, comme en provoque la faradisation. Assis, s'il étend la jambe, tout le membre entre en contracture, et il reste un instant incapable de le fléchir.

Il ne nous semble pas qu'en Angleterre et en Amérique aucun cas de maladie de Thomsen ait encore été signalé. L'*Index medicus* de ces dernières années n'enregistre aucun travail ni aucun fait se rapportant de près ou de loin à ce sujet. Hammond (2) n'a rien mentionné de semblable, soit à son chapitre des *spasmes nerveux périphériques*, soit à propos des *paralysies anapeiratiques*. James Ross garde le même silence (3) en parlant des *contractures myopathiques*, et cette lacune n'est pas mieux comblée dans le tout récent ouvrage de clinique des maladies nerveuses de Thomas Buzzard (4).

Disons enfin que le *Traité des névroses* d'Axenfeld et Huchard n'a pas admis la maladie de Thomsen dans son domaine; que les articles *Contractures*, des Dictionnaires de Dechambre et de Jaccoud, dus à Onimus et Jules Simon; que la thèse d'agrégation de Straus sur les contractures; que nos derniers classiques ne mentionnent aucun fait de ce genre. Une observation de Chouppe (5), une autre d'Onimus (6), signalent l'apparition de contractures à la suite, non au début de la marche, et dans des conditions qui excluent tout rapprochement.

Nous sommes donc fondé à penser que les indications qui précèdent épuisent la courte bibliographie de cette singulière maladie, sur l'histoire clinique de laquelle il nous reste à jeter un rapide coup d'œil d'ensemble.

Affection généralement héréditaire et datant de la deuxième enfance, elle existe sous la même forme chez les parents ou les collatéraux, bien plus souvent, semble-t-il, qu'elle ne résulte de l'hérédité transformée. L'oncle du malade de Bernhardt, cependant, était épileptique. Toute la famille de Thomsen est névrosique. Plus rarement, les malades n'invoquent aucune tare de famille. Eux-mêmes ont pu présenter d'autres formes de la neuropathie : le malade de Möbius pissait au lit et avait des cauchemars.

Comme cause occasionnelle, le soldat observé par Peters accusait une chute dans les escaliers et une frayeur dans un incendie. Celui de Schönfeld avait été mordu par un chien; le dernier malade de Seeligmüller, piqué dans l'enfance par une *mauvaise mouche*.

L'apparition précoce signalée par Thomsen est exceptionnelle : un de ses enfants présentait au berceau du spasme de l'orbiculaire de la bouche et des paupières.

Ce sont les hommes qui, de beaucoup, sont le plus souvent atteints, par-

(1) *Schmidt's Jahrbücher*. Bd 198, nº 6, 20 août, p. 236.
(2) Hammond. *Maladies du système nerveux*. Trad. franç.; 1879.
(3) James Ross. *Treatise of the diseases of the nervous syst.*; 1881.
(4) Th. Buzzard. *Clin. lect. on diseases of the nerv. syst.*; 1882.
(5) Chouppe. *Gazette médicale de Paris*, 1877, p. 138, et Société de biologie : *Contracture des membres inférieurs provoquée par la marche*.
(6) Dict. de Dechambre : *Contractures*.

ticularité qui, avec le trait commun d'un système musculaire très développé, a fait rapprocher l'affection de la paralysie pseudo-hypertrophique.

Mais la structure de ces muscles volumineux, durs au toucher, est absoment normale. L'examen microscopique l'a démontré à plusieurs reprises à Jacusiel, Ponfick, Petrone. La partie moyenne du deltoïde, chez le malade de Peters, était atrophiée.

Les divers modes d'excitation musculaire n'ont pas donné de résultats sensiblement différents de l'état normal. Le phénomène du myoïdème, par pression ou percussion, est inconstant. Seeligmüller seul a observé des contractions fibrillaires. L'excitabilité électrique est normale, quelquefois légèrement diminuée; mais Vigouroux est le seul à avoir observé sur le malade de Ballet et Marie, la contraction tétanique de fermeture à l'anode (AnSTe) plutôt qu'au cathode. Möbius met en doute ce résultat. Chez ce même malade, l'examen myographique, sous l'action de l'électricité, donne à noter que le spasme musculaire durait cinq secondes et demie, comme chez le malade de Seeligmüller.

Le réflexe rotulien est normal. On n'observe pas de trémulation épileptoïde. La sensibilité est intacte.

Relativement aux conditions dans lesquelles se manifeste l'élément essentiel de la maladie, le spasme tonique, il semble bien qu'il ne se produit pas seulement à l'occasion des mouvements volontaires; plusieurs malades l'éprouvent par voie réflexe, pour avoir heurté du pied un caillou, après la toux, l'éternuement, à la suite d'une frayeur, pendant la déglutition, etc.

Les jambes présentent le symptôme en premier lieu; les bras plus tard; les muscles de la tête en dernier lieu. Il arrive que le phénomène débute plus spécialement par un membre, et que pendant toute la durée de la crise un membre est plus particulièrement atteint. Le deuxième malade de Seeligmüller avait les mouvements plus dégagés le matin, en quoi il différait du malade de Strümpell qui s'est plaint en outre, avec beaucoup d'autres, des excès de la chaleur et du froid. Le juif égyptien de Ballet et Marie a été très affirmatif sur ce fait inattendu, que l'abstinence du coït pendant une semaine déterminait une aggravation de son état. Thomsen a observé une plus grande tendance à la rigidité dans l'incubation et la période prodromique des maladies aiguës.

Comme sensation subjective pendant la durée de la contracture, les malades accusent un sentiment de pesanteur, de faiblesse, d'endolorissement, de l'engourdissement, des picotements, la sensation du courant électrique, etc. Objectivement, les muscles durcissent sous la main.

Le pronostic est peu favorable. Un seul malade s'est bien trouvé des douches; chez tous les autres, le traitement n'a donné aucun résultat. Cependant la maladie n'est pas nécessairement progressive, et aucun organe essentiel à la vie ne se trouvant compromis, cette contraction intermittente des muscles entraîne plus d'incommodité que de réelle gravité.

Il nous semble superflu, après ces traits, d'insister sur la démonstration de l'individualité si tranchée de la maladie de Thomsen, qu'aucune affection classée du cadre nosologique ne saurait être fondée à revendiquer, pas plus le tabes spasmodique avec ses contractures permanentes, son état parétique et son hyperexcitabilité réflexe, que la *tétanie*, névrose aiguë et transitoire, atteignant plus spécialement les membres supérieurs, chez les femmes et les enfants, avec ses spasmes spontanés, sa marche envahissante, etc.

Quelle est donc la véritable nature de cette affection, qui se présente de prime abord avec les caractères d'une telle singularité qu'elle a souvent fait penser à la simulation?

Aucun examen nécroscopique n'ayant été fait, on ignore si elle comporte ou non un *substratum* matériel dans le névraxe, universellement mis en cause. On sait seulement qu'il n'existe aucune altération musculaire. Seeligmüller soupçonne une sclérose des cordons latéraux, lésion qui commande,

en effet, la contracture permanente au cas de dégénérescence secondaire ou primitive de ces faisceaux. Mais la contracture qui nous occupe est d'un ordre si particulier, qu'elle semble répudier toute assimilation de cette nature.

Petrone admet un trouble de la conductibilité nerveuse dans un point quelconque entre l'écorce cérébrale et les plaques terminales. Nous avons mentionné l'opinion de Bernhardt qui admet un défaut d'harmonie congénital entre les systèmes musculaire et nerveux.

Au total, on est plus loin encore d'avoir touché du doigt le siège de la maladie que de s'être mis d'accord sur sa nature, comme base d'une désignation nosologique rationnelle. Raideur musculaire avec hypertrophie (Bernhardt), paralysie spinale spasmodique hypertrophique, ou paralysie spinale spasmodique avec contractions toniques intermittentes des muscles volontaires (Seeligmüller); spasme musculaire au début des mouvements volontaires (Ballet et Marie), ce sont là moins des démonstrations que des sommaires d'observations particulières, qui, généralisés, consacreraient autant d'erreurs, car l'hypertrophie musculaire n'est pas constante, la paralysie n'existe pas à proprement parler, et le spasme ne se produit pas exclusivement à l'occasion des mouvements volontaires.

A la rigueur, on peut se tenir à *la maladie de Thomsen*, acceptable au même titre que la maladie de Landry, la maladie de Duchenne, etc., appellations qui ont survécu à la détermination anatomique de ces affections.

C'est, cependant, pour rester dans les voies de la nomenclature symptomatique plus conforme aux tendances actuelles de la nosologie, quand elle ne peut pas être anatomique, que Strümpell a proposé le nom de *myotonie congénitale*, que Erb n'est pas éloigné d'accepter, que Möbius emploie.

Nous ferons cependant observer que, le myotonus se rapportant à un phénomène physiologique, *myotonie*, ne peut s'entendre que de l'exercice normal du tonus musculaire. Comme il s'agit précisément d'une perversion de la neurilité musculaire, le nom de *dysmyotonie*, qui emporte cette signification, nous paraît devoir être préféré.

Les cas de maladie de Thomsen ou dysmyotonie congénitale, sont-ils aussi rares que semblerait le faire croire ce court et, croyons-nous, complet historique? Nous ne le pensons pas. Leyden fait remarquer que la rigidité musculaire est un symptôme souvent observé, mais trop peu étudié; il est vraisemblable que, l'attention une fois attirée sur cette affection, ainsi qu'il arrive généralement d'une espèce nouvelle, dès qu'un premier et sagace observateur l'a tirée du chaos de la pathologie, les faits de cette nature ne tarderont pas à se multiplier rapidement. Il n'y a pas, en effet, qu'un trait d'humour dans ce mot d'un chroniqueur parisien : « Rien n'est tel pour propager une maladie que de lui donner un nom. »

R. LONGUET.

JOURNAL DES JOURNAUX

Du chloral contre les accidents alcooliques, par le docteur ANTONIO PONCE SARA. — Il y a déjà quelques années que Gubler considérait le chloral comme un moyen efficace de combattre les accidents alcooliques. Les observations de M. Sara confirment cette opinion. Il a employé ce médicament contre le délire des alcooliques atteints de pneumonie et dans des cas de *delirium tremens*. Dans les premières où la quinine et l'opium étaient en défaut, le chloral procurait rapidement un sommeil réparateur et une amélioration rapide des malades. (*El Siglo medico* 30 sept. 1883 p. 619.) — C. L. D.

Des douches d'éther pour combattre les douleurs locales, par le docteur HUGHES. — Sous forme de douches pulvérulentes, le docteur Hughes emploie l'éther sur les régions qui sont le siège de névralgies faciales, sciatiques et cervicales. Elles lui ont procuré des succès comparables à ceux que donnent les courants galvaniques. La seule précaution à prendre dans leur emploi est de prévenir la pénétration du liquide dans les cavités oculaires ou auriculaires. (*Medical times and gaz.* 1883.) — C. L. D.

Sur l'action toxique et sur l'emploi thérapeutique du bichromate de potasse, par M. Vulpian. — Dans cet important mémoire le savant professeur démontre par des exemples cliniques l'utilité d'étudier à nouveau l'action thérapeutique du bichromate de potasse administré par la voie stomacale. Dans certains cas de dyspepsie, vraisemblablement liée au catarrhe stomacal ou à l'arthritisme, et à manifestations symptomatiques d'épithélioma, M. Vulpian en a obtenu quelques résultats sous la forme pilulaire, la seule sous laquelle il soit facilement accepté des malades. Enfin l'auteur estime aussi qu'il serait utile de chercher si ce sel posséderait quelque efficacité pour combattre les manifestations tertiaires de la syphilis. (*Journal de la pharmacie*, 1883, p. 215 et 321.) C. L. D.

De la nature et du siège de l'allochirie, par Hammond. — Le malade qui était atteint de ces troubles croisés de la sensibilité auxquels Obersteiner a donné le nom d'allochirie présentait les symptômes d'une sclérose latérale de la moelle. L'anesthésie du membre inférieur droit était complète, mais quand on piquait ou qu'on pinçait le membre inférieur gauche, la douleur était perçue dans la région homologue du membre anesthétique. Comme dans un des cas dont Obersteiner put faire l'autopsie, M. Hammond attribue les phénomènes à la dégénérescence de la corne grise postérieure. A cause de la décussation complète des fibres sensitives dans la substance grise, une lésion de la corne postérieure droite doit produire l'anesthésie à gauche et réciproquement. Il faut donc pour *qu'il y ait allochirie*, une lésion unilatérale ou bien que les lésions, si elles sont bilatérales, soient situées à des hauteurs diverses. Des quatre malades atteints d'allochirie cités par Obersteiner, deux étaient atteints d'ataxie locomotrice, une d'hystérie et l'autre d'un traumatisme unimédullaire. (*Gaillard's med. Journal*, 1883, p. 129.) — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Suite. — Voir le numéro du 11 novembre 1883.)

De la syphilis du singe.

(Quatrième note communiquée par M. Martineau.)

Messieurs,

Vous vous rappelez sans doute que dans la séance du 22 décembre 1882, j'ai appelé votre attention sur deux chancres infectants inoculés sur le prépuce de la verge d'un singe macaque. Ces chancres étaient apparus le 14 décembre, vingt-huitième jour de l'inoculation que j'avais pratiquée le 16 novembre. Dans les séances suivantes, 12 et 26 janvier 1883, tout en vous donnant des renseignements sur l'évolution des chancres, j'appelais de même votre attention sur l'apparition de syphilides érosives, papulo-érosives et dipthéroïdes au niveau de la verge, ainsi que sur le développement des adinites inguinales axillaires et sous-maxillaires.

Depuis cette époque, sauf un amaigrissement qui a été un moment assez inquiétant et qui a aujourd'hui complètement disparu, sauf quelques plaques d'alopécie sur la tête et sur le dos, l'animal n'avait présenté aucun autre symptôme de l'évolution syphilitique, lorsque, vers le milieu du mois de septembre, je constate à l'union de la voûte palatine et du voile du palais, presque sur la ligne médiane une ulcération à fond jaunâtre, légèrement anfractueuse, recouverte d'une sécrétion transparente et luisante contenant quelques grumeaux purulents. Les bords saillants sont légèrement déchiquetés et rouges. Cette ulcération occupe principalement le voile du palais; elle a une étendue de un centimètre dans le plus grand diamètre et de trois millimètres dans le plus petit, c'est-à-dire en largeur. Cette lésion ne paraît ni douloureuse ni un obstacle aux mouvements de déglutition. On peut la toucher avec l'extrémité d'un stylet mousse sans déterminer aucun mouvement de recul de la part de l'animal. Les parties muqueuses environnantes ont conservé leur sensibilité normale.

Le 23 septembre. Même aspect.

24. Un des points de l'ulcération tend à se réparer.

25. M. Jumelin procède avec l'aide d'un de ses élèves, M. Duchastelet, au moulage de cette syphilide ulcéreuse. L'ulcération a le même aspect que le 22 septembre, sauf que, par suite du processus réparateur, une partie du bord qui était un peu irrégulière s'est réparée et que maintenant l'ulcération est presque ovalaire et très allongée.

26, 27 et 28. Même état avec tendance à la réparation.

29. L'ulcération diminue de plus en plus d'étendue.

30. Même état.

1er octobre. Le fond s'est détergé en partie.

2. Le fond bourgeonne légèrement.

3. Le fond et les bords se fusionnent.

4. L'ulcération est presque de niveau avec les parties environnantes.

5. Elle ne se distingue plus que par une coloration un peu plus rosée que celle de la muqueuse et par une légère opalescence.

6 et 7. Même état.

8. La tache qui indiquait le siège de l'ulcération diminue d'étendue; elle devient jaunâtre de rosée qu'elle était.

9. On ne retrouve plus à la place indiquée qu'une légère tache un peu plus pâle et un peu plus jaune que les parties avoisinantes de la muqueuse, et ce n'est qu'avec la plus grande attention que l'on arrive à distinguer l'endroit où siégeait la lésion.

En résumé, le singe auquel j'ai inoculé la syphilis le 16 novembre 1882, après avoir présenté l'accident primitif caractéristique (le chancre induré), les syphilides papulo-érosives, nous montre que l'évolution syphilitique continue à s'opérer dans les limites normales habituellement observées chez l'homme, puisque, au deuxième mois de l'inoculation, une syphilide ulcéreuse s'est développée sur la muqueuse palatine. Je n'ai pas besoin, messieurs, d'insister sur ce fait si intéressant qui nous met à même d'étudier la syphilis chez le singe. Ainsi que je vous l'ai promis, je vous tiendrai au courant des faits à mesure qu'ils se présenteront. En terminant, je suis heureux de mettre sous vos yeux le moulage de cette syphilide ulcéreuse, qui, malgré les plus grandes difficultés et, je ne crains pas de le dire les plus grands dangers, a été obtenue avec la fidélité la plus parfaite par M. Jumelin auquel j'adresse publiquement toutes mes félicitations. C'est à son habileté que la science sera redevable de la reproduction exacte des manifestations symptomatiques d'une maladie qui, jusqu'à ce jour, n'avait jamais été observée chez le singe.

—

M. Rathery lit une note intitulée : *Observation de purpura hémorrhagique. — Variole intercurrente.* (Voir l'*Un. méd.* du 11 novembre 1883.)

—

M. Guyot communique l'observation suivante :

Myosite suppurée suraiguë.

Le 7 juillet 1883, M. X... m'apportait une lettre de mon ami, le docteur Magnin, me demandant de vouloir bien venir le plus tôt possible voir à la Jonchère un malade dont l'état lui donnait de vives inquiétudes. J'apprenais de M. X... qu'il s'agissait de son frère, qui avait eu la nuit précédente un délire assez prononcé pour qu'on craignît des accidents cérébraux provoqués par des habitudes alcooliques.

A cinq heures, le docteur Magnin me donnait les renseignements suivants :

Le 3 juillet, à la suite d'une discussion un peu vive, M. X... avait été, le soir, faire en phaéton une promenade assez longue dans les bois ; en rentrant, il ne s'était plaint d'aucune fatigue et il avait passé une bonne nuit. Dans la journée du 4, se sentant indisposé, M. X... avait été consulter notre confrère, qui avait diagnostiqué un état rhumatismal, peut-être dû à la promenade de la veille.

Le 5, le docteur Magnin fut mandé auprès du malade, il constata de la fièvre et des douleurs musculaires assez généralisées.

Le 6. La fièvre persistait, les douleurs étaient plus vives au niveau de l'avant-bras, du poignet et du mollet, à gauche.

Le 7. Aggravation de l'état général. Subdélirium pendant une partie de la nuit, tuméfaction et douleur plus marquées de l'avant-bras et du mollet à gauche; à droite, quelques douleurs au niveau du poignet ; sueurs profuses.

Je trouve le malade installé dans une vaste chambre, appartenant à une maison très confortable, entourée de bois, située sur un plateau, d'où l'on jouit d'une vue très étendue : je suis frappé de l'altération des traits qui me fait craindre une affection grave. M. X..., qui répond d'une façon très nette à mes questions et qui m'accueille de telle façon que, pendant quelques instants, ma mauvaise impression est dissipée, se plaint de vives douleurs dans l'avant-bras et le mollet à gauche, et dans le poignet droit, de soif très intense, de sueurs profuses.

La fièvre est très marquée, la respiration est fréquente, la langue et les lèvres sont sèches, l'intelligence est nette. Malgré l'examen le plus attentif, je ne constate l'exis-

tence d'aucune lésion du côté du cœur, des poumons, des plèvres et du foie, et je ne peux que confirmer à cet égard le diagnostic du docteur Magnin. Tout mouvement imprimé à l'avant-bras et à la jambe à gauche est très douloureux, et l'ablation de la ouate qui entoure ces parties arrache de nombreuses plaintes au malade. Je constate une tuméfaction très considérable de l'avant-bras et du mollet avec teinte érythémateuse de la peau et un œdème très marqué. Depuis ce matin, me dit le docteur Magnin, la tuméfaction a fait des progrès inouïs.

Je diagnostiquai une myosite suraiguë suppurée, de cause inconnue, car nous rejetions d'une façon absolue la possibilité d'une endocardite ulcéreuse et de toute maladie infectieuse. Nous interrogeâmes avec soin les domestiques pour savoir si le malade ne s'était pas surmené en conduisant des chevaux difficiles, s'il n'y avait pas eu quelque cheval malade. Toutes les réponses furent absolument négatives.

Quoique le diagnostic de pyémie spontanée me parut indiscutable, j'engageai le frère du malade à aller de suite chercher à Paris un chirurgien; j'étais convaincu que son intervention ne pouvait être utile, mais je ne voulais pas laisser de regrets à la famille. M. le docteur Terrier vit le malade le même jour à neuf heures du soir, porta le même diagnostic et le même pronostic, et il fut convenu que nous reverrions le malade le dimanche 8. Mais l'infection fut si foudroyante que le malade succomba encore plus rapidement que nous ne le prévoyions, le 8 juillet à huit heures du matin.

En résumé, M. X..., 32 ans, après s'être exposé peut-être à un léger refroidissement, a succombé, en cinq jours, à une infection, dont le caractère extérieur a été une myélite suppurée suraiguë.

Malgré les habitudes d'intempérance du malade, j'ai quelque peine à faire intervenir l'alcoolisme pour expliquer ces accidents; car, l'abus des boissons frelatées est si fréquent que les accidents infectieux ne devraient pas être aussi rares. De plus, M. X... ne buvait que des boissons de bonne qualité.

Je n'ai trouvé qu'une observation, citée dans l'article *Myosite* du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales; cette observation est de M. Foucault et elle a été l'objet d'un rapport de M. Hayem à la Société anatomique (année 1869, p. 506). Mais le sujet de cette observation s'était surmené; tandis que, dans le cas actuel, cette cause ne peut être invoquée.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, TROISIER.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 25 avril 1883. — Présidence de M. MICHEL, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. LE PRÉSIDENT signale la présence de M. Deniau élu membre titulaire dans la précédente séance. Il transmet à la Société les excuses de M. le Président absent de Paris.

La correspondante manuscrite comprend : une lettre de M. Deniau remerciant la Société de son admission, et une lettre de M. le docteur Calmettes, posant sa candidature au titre de membre titulaire. M. Calmettes adresse à l'appui de sa candidature sa thèse inaugurale et une traduction du *Traité des Maladies de l'oreille* de Urbanschieth.

La correspondance imprimée comprend : un rapport au ministre de l'instruction publique par le Comité des travaux historiques et scientifiques; la *Revue Médicale de Toulouse*, et quatre numéros de la *Revue Médicale française et étrangère*.

M. CHATEAU fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : *Des douches locales à la Bourboule.*

M. RELIQUET fait hommage à la Société d'une Observation d'hématurie et de colique spermatique dues au méat étroit placé haut sur le gland.

COMMUNICATION

M. VOELKER donne lecture d'un travail sur la cautérisation superficielle dans le traitement des tumeurs sous-cutanées (avec présentation des malades). — (Voir l'*Union Médicale* du 15 novembre 1883.)

DISCUSSION

M. PEYROT fait observer que les faits signalés par M. Voelker sont intéressants, surtout au point de vue scientifique, mais ne doivent pas être imités dans la pratique jour-

nalière. Il préconise, à propos de l'ablation des lipomes, l'opération par le bistouri sous le pansement de Lister.

M. VOELKER reconnaît qu'il a été tenté seulement par le côté scientifique de son procédé thérapeutique. Il a seulement voulu démontrer qu'il a pu faire disparaître des tumeurs en détruisant la peau à leur niveau. Il affirme n'avoir jamais eu d'accidents en détruisant ainsi les bubons.

M. ROUGON demande de quelles espèces de bubons veut parler M. Voelker.

M. VOELKER répond qu'il s'agit des engorgements ganglionnaires en général.

MM. PEYROT et RELIQUET font observer que la peau n'a pas été seule touchée, et que la tumeur a dû être atteinte par le caustique, surtout avec le chlorure de zinc, qui fuse facilement.

Enfin, conclut M. PEYROT, cela ne peut plus porter le nom de cautérisation superficielle.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel, Dr TRIPET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 juillet 1883. — Présidence de M. RELIQUET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend :

Le *Progrès médical*, nos des 14, 21 et 28 juillet; le *Concours médical*, nos des 7, 14 et 21 juillet; le *Journal d'hygiène*, nos des 12, 19 et 26 juillet; le *Journal des sages-femmes*, no du 16 juillet; la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, no du 15 juillet; les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, no du 1er juillet; la *Revue des travaux scientifiques*; la *Revue médicale de Toulouse*; la *Gazette médicale de Picardie*.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. le docteur Millot-Carpentier, médecin à Montécouvez, qui envoie en même temps, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant de la Société de médecine de Paris, une série de travaux de médecine et de chirurgie :

1° Quatre opérations d'ovariotomie suivies de trois guérisons et une mort;
2° Traitement de kystes de l'ovaire par le drainage;
3° De l'hygiène publique et de la chirurgie en Italie;
4° De l'obstétrique en Italie;
5° Notes chirurgicales d'un médecin de campagne pour aider à la statistique; années 1876, 77, 78, 79.

M. Millot-Carpentier est présenté par M. Richelot.

La commission chargée d'examiner les titres de M. Millot-Carpentier sera composée de MM. Thevenot, Dubrisay et Richelot, rapporteur.

M. DE BEAUVAIS annonce à la Société la mort d'un de ses membres correspondants : M. Kastns, d'Allevard.

M. LE PRÉSIDENT fait part à la Société de la nomination au titre de chevalier de la Légion d'honneur de M. Lutaud, médecin des prisons de la Seine, membre titulaire, et de M. Bédoin, médecin à l'hôpital militaire de Vincennes, membre correspondant.

M. BERNARD, de Cannes, membre correspondant, assite à la séance.

M. THORENS présente une brochure sur la mortalité par les maladies épidémiques dans le VIIIe arrondissement de Paris, en 1880, 1881 et 1882. Il démontre que, pour la fièvre typhoïde, le voisinage de l'hôpital Beaujon n'a exercé aucune influence contagieuse; que la fièvre typhoïde a sévi surtout sur les domestiques chez lesquels son éclosion reste favorisée par le fait de l'âge, de la récente arrivée à Paris et les mauvaises conditions hygiéniques des chambres qu'ils habitent dans les derniers étages.

M. THEVENOT lit son rapport sur la candidature de M. Apostoli au titre de membre titulaire et conclut à l'admission de la candidature de M. Apostoli.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

M. FORGET est élu membre honoraire à l'unanimité des suffrages.

La Société, sur la demande de M. Daremberg, accepte, à l'unanimité, l'échange de son titre de membre titulaire contre celui de membre correspondant.

La Société décide que ses vacances commenceront le 1er août et s'ajourne au 13 octobre.

Lecture :

M. Thorens présente une note sur la pathologie du pied-bot congénital, avec pièces anatomiques à l'appui :

« Le pied-bot congénital est une déformation d'origine essentiellement osseuse; les os du tarse, l'astragale notamment, sont déformés antérieurement à la naissance. Tous les auteurs s'accordent à dire que le traitement orthopédique doit commencer de bonne heure, mais tous, même les plus récents, passent sous silence les limites jusqu'auxquelles on est en droit d'espérer un bon résultat de ce traitement. Or, j'ai démontré dans ma thèse, qu'à l'état normal, le squelette du pied-bot nouveau-né différait notablement de celui de l'adulte; que la forme de ses os amenait un renversement forcé de la plante du pied en dedans, une position se rapprochant du varus; que la croissance portait plus sur la partie interne des os que sur leur partie externe; j'ai établi les diverses phases de cette croissance, et montré qu'à 1 an, la forme native des os a encore peu changé; qu'à 3 ans, la forme définitive s'accuse; qu'à 5 ans, elle est plus nettement dessinée, et qu'à 8 ans, les os du tarse ont les proportions qu'ils garderont chez l'adulte.

« J'insiste sur ces dates, qui m'ont semblé passer inaperçues; elles permettent de déterminer la période pendant laquelle le traitement orthopédique peut être employé, avec possibilité de modifier, d'une manière favorable et durable, la configuration des os du tarse. »

M. Polaillon : La communication de M. Thorens est très intéressante, mais il n'aborde pas la question thérapeutique. Je suis de l'avis de M. Bœckel qui a bien démontré quel puisqu'on ne pouvait pas redresser le pied-bot, à cause de l'astragale, il fallait enlever cet os. L'opération est facile chez les enfants. Après l'opération, la mortaise tibio-tarsienne vient s'appliquer sur le calcanéum.

On a rarement l'occasion de faire cette opération chez l'adulte. Dans la classe aisée, ils marchent avec des chaussures spéciales ; dans la classe pauvre, ils tiennent à leur pied-bot qui est, pour eux, un moyen de faire appel à la charité. A l'étranger, on fait de ces opérations ; M. Beauregard du Havre en a fait, mais sans résultats remarquables, jusqu'à présent du moins.

M. Duroziez : S'agit-il d'enlever l'astragale en entier ou seulement la portion antérieure?

M. Polaillon : C'est tout l'astragale qu'il faut enlever. La résection cunéiforme a été tentée, mais n'a pas donné de bons résultats.

M. Thorens : On peut voir, sur la pièce que je présente, que la malformation du calcanéum le dispose à s'adapter à la mortaise tibio-péronière, après résection de l'astragale.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Dr Fauquez.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 19 novembre 1883. — Présidence de M. Blanchard.

Au commencement de la séance, M. le Secrétaire perpétuel donne lecture de l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection qui nomme M. le professeur Charcot membre titulaire de la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. le baron Cloquet, décédé.

M. le Président invite le nouvel académicien à prendre place parmi ses confrères.

Empêché d'assister à la dernière séance, nous n'avons pas, dans notre précédent Bulletin, mentionné cette élection qui s'est faite par 46 suffrages accordés à M. Charcot, sur 58 votants. Les deux autres candidats proposés par la section étaient MM. Sappey et Hayem. 12 voix se sont portées sur M. Sappey. Nous prions le nouvel élu d'agréer toutes nos félicitations.

M. Berthelot a trouvé, dans les collections de la Bibliothèque nationale, un manuscrit attribué à Démocrite, relatant le mode de fabrication de la pourpre ancienne; le texte grec sera inséré dans les *Comptes rendus*.

MM. Tisserand, conseiller d'Etat, directeur de l'agriculture au ministère de ce nom, Laussedat et Bourgeois, se portent candidats au titre d'académicien libre, en remplacement de M. de la Gournerie, décédé.

M. Bernard demande l'ouverture d'un pli cacheté qu'il a adressé, il y a deux ou trois mois, à l'Académie. Le pli, ouvert par M. le Président, contient cette pensée : « Le choléra reconnaît pour cause une cardiopathie. » Etait-il bien nécessaire de le cacheter?

MM. Martial, capitaine de frégate, commandant de la *Romanche;* Courcelle-Seneuille, Payen et Lephay, lieutenants de vaisseau; Hyades, médecin de la marine; Lecannellier, enseigne, formant l'état-major du navire la *Romanche*, assistent à la séance, ainsi que M. l'amiral Clouet, ancien ministre de la marine.

Sur l'invitation du Président, M. le commandant Martial rend compte, d'une façon sommaire, de la mission accomplie au Cap Horn par la *Romanche*, tant sous le rapport météorologique qu'au point de vue de l'histoire naturelle, et de l'observation du passage de Vénus.

M. le Président, au nom des membres présents, au nom de M. Dumas, absent pour raison de santé, et en son propre nom, remercie ces messieurs de tout ce qu'ils ont fait pour la science, et les félicite des heureux résultats qu'ils ont obtenus.

L'assistance tout entière faisait, *in petto*, chorus avec M. Blanchard, tout en s'étonnant du ton extraordinairement larmoyant que croit devoir adopter l'honorable Président dans ces circonstances solennelles.

M. Daubrée met sous les yeux de l'Académie les cartes et les plans des volcans qui, le 26 août dernier, ont causé de si grands malheurs dans le détroit de la Sonde.

M. Gaudry montre des animaux fossiles qui ont été restaurés par M. le docteur Fischer, du Muséum, et il en démonte successivement les différentes pièces. Ces animaux sont d'abord un petit crocodile qui a été trouvé dans le département de l'Allier, et qui vivait à une époque où, vraisemblablement, on ne buvait pas encore l'eau des Célestins ou de la Grande Grille. Qui sait? les crocodiles en buvaient peut-être; — et ensuite, une tortue, également petite, dont la carapace, montée à charnières par M. le docteur Fischer, s'ouvre comme une boîte d'horloge, ou comme une énorme tabatière. Ces bibelots paléontologiques obtiennent un certain succès.

M. le sous-préfet de Rambouillet adresse à M. Faye, qui la transmet à l'Académie, la relation d'un orage pendant lequel la foudre tua deux personnes, le samedi 10 novembre courant; l'orage, que rien ne faisait prévoir, éclata tout à coup. Deux cultivateurs, de 50 et de 60 ans, le mari et la femme, se mirent à l'abri de la grêle derrière un peuplier. La foudre coupa l'arbre en deux, et frappa l'homme et la femme au sommet de la tête, en laissant comme trace de son passage un trou semblable à celui qu'aurait fait un projectile. Une autre personne encore fut frappée non loin de là; mais elle en fut quitte pour la perte de ses vêtements, entièrement réduits en lambeaux.

« On sait, dit M. de Quatrefages, que les populations européennes n'ont pas toujours connu les métaux; avant l'usage du cuivre, du bronze, du fer et de l'acier, elles se servaient de pierres taillées, et principalement de silex. Mais d'où tiraient-elles ces silex? De carrières qui étaient alors exploitées, comme le sont les mines maintenant. M. de Cartaillac vient de découvrir, dans l'Aveyron, une de ces antiques carrières, et il en adresse à l'Académie une description fort intéressante. Les ouvriers des époques préhistoriques creusaient des puits verticaux jusqu'à ce qu'ils fussent parvenus sur une veine de silex, et, à ce niveau, ils suivaient la veine, dans plusieurs directions, à l'aide de galeries horizontales. Les outils dont ils se servaient pour ces travaux de creusement et de percement étaient tout simplement des bois de rennes (andouillers). »

M. H. Bouley annonce que M. Chamberland a démontré que la bactéridie du charbon passe dans le lait des femelles qui ont succombé à cette affection. Le microscope est impuissant à la faire voir, mais le lait, inoculé à des cobayes, les tue rapidement avec tous les symptômes de la maladie.

M. Boutigny (d'Evreux) adresse une note sur la prophylaxie du choléra en particulier, et des maladies contagieuses en général. — M. L.

COURRIER

HÔPITAL DE LOURCINE (*Gynécologie opératoire.*) — M. le docteur S. Pozzi, chirurgien des hôpitaux, commencera son cours le lundi 26 novembre à 9 heures et demie et le continuera les lundis et vendredis à la même heure.

— Les anciens élèves de la Faculté de Strasbourg sont invités à dîner ensemble au restaurant Notta, 2 boulevard Poissonnière, le 30 novembre à 7 heures. Les adhésions doivent être envoyées à M. F. Thorens, 34, rue de Penthièvre.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

De la recherche du bacille de la tuberculose dans les produits d'expectoration et de son importance diagnostique (1),

Par A. Cochez, interne des hôpitaux.

Donnons maintenant l'histoire de trois malades chez lesquels les signes physiques de la tuberculose étaient nuls ou masqués par une bronchite généralisée. Ici encore la présence du bacille a élucidé le diagnostic.

Obs. VII. — M. E..., 41 ans, journalière, salle Rayer, n° 12.

Pas d'antécédents héréditaires. Aucune maladie antérieure. Hémoptysie, il y a un an, au moment des règles qui surviennent deux jours plus tard. Quelque temps après, elle se met à tousser et n'a pas cessé depuis.

Elle a très peu maigri. L'appétit n'est guère diminué. Jamais elle n'a eu de sueurs nocturnes. Règles régulières, abondantes, mais le sang est pâle.

Elle a l'aspect d'une personne bien portante. La malade ne se plaint que de la toux qui, pourtant, est peu fréquente, non quinteuse. Expectoration muco-purulente.

A la percussion, sonorité normale des deux côtés en avant, matité aux deux sommets en arrière.

A l'auscultation, on constate à gauche en arrière : souffle cavitaire intense, retentissement de la toux et de la voix, pas de râles. Dans toute l'étendue du poumon râles sibilants et ronflants. En avant, respiration rude, un peu soufflante, quelques râles humides.

Du côté droit, en arrière bruit de tempête au sommet surtout. Dans tout le reste de la poitrine, râles ronflants et sibilants; un peu de souffle à la partie moyenne. En avant râles sibilants, expiration un peu prolongée.

En somme, diagnostic hésitant entre dilatation bronchique et tuberculose à forme fibreuse.

L'examen des crachats fait découvrir des bacilles en petite quantité.

Obs. VIII. — P. F..., 67 ans, ménagère, salle 2e, droite, lit n° 20 (service de M. Du Castel).

Pas d'antécédents héréditaires. Toussait tous les hivers. Jamais d'hémoptysie.

Depuis six ans, tousse continuellement. Amaigrissement. Actuellement, la malade pâle, très amaigrie, peut à peine marcher. L'appétit est pourtant conservé.

Toux continuelle. Expectoration verdâtre peu abondante. Essoufflement facile.

A la percussion, sonorité exagérée des deux côtés.

A l'auscultation, expiration un peu prolongée. Quelques sibilances disséminées. Respiration un peu rude au niveau du hile. Rien d'anormal aux sommets, pas de râles par la toux (en un mot signes d'emphysème).

Les crachats examinés contiennent des bacilles.

Obs. IX. — D. E..., 32 ans, monteur en bronze, salle 1re, gauche, n° 16 (service de M. Du Castel.) Entré le 10 octobre.

Pas d'antécédents. Toujours bien portant jusqu'ici.

Pris brusquement d'un grand frisson le 26 septembre. Depuis il ressent de la toux, de l'oppression et un point de côté à droite.

A son entrée, pas de fièvre, un peu d'oppression, point de côté peu marqué. Toux peu fréquente. Expectoration peu abondante; crachats transparents, visqueux, adhérents, grisâtres.

Le poumon droit présente en arrière une matité presque absolue jusqu'à la fosse sus-épineuse. Vibrations thoraciques, un peu augmentées à ce niveau. Sibilances et râles muqueux dans toute la hauteur. Après la toux, bouffées de râles crépitants dans le tiers moyen.

Le sommet correspondant et le côté gauche paraissent normaux.

La découverte des bacilles dans les crachats indique le diagnostic.

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 24 novembre.

La *dilatation bronchique*, si facilement confondue avec la tuberculose, nous a fourni les deux observations suivantes :

Obs. X. — J..., 50 ans, entre le 24 février 1883, salle Barth (service de M. Huchard).

Les deux sommets, surtout en arrière, présentent : submatité, râles sous-crépitants très nombreux, respiration soufflante, augmentation des vibrations thoraciques, retentissement de la voix. En présence de ces symptômes et surtout d'hémoptysies abondantes, on fait le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

L'absence de bacilles dans les crachats fait renouveler l'examen, après lequel on maintient le diagnostic.

L'autopsie, faite quelques jours plus tard, établit qu'on avait affaire à une dilatation bronchique, sans trace aucune de tubercules.

Obs. XI (due à mon collègue Moussous). — B..., 71 ans, entré à Bicêtre le 1er mars 1880, salle Denis-Papin, n° 22.

Le malade, depuis l'âge de 25 ans, tousse tous les hivers. A 35 ans, il aurait eu, à trois reprises, de très légères hémoptysies.

Depuis longtemps, il a des étouffements pour la moindre cause. Depuis deux ans, l'expectoration devient de plus en plus abondante.

Actuellement, la respiration est pénible, le thorax se soulève avec effort; orthopnée.

Submatité en avant et à droite. A ce niveau, l'auscultation fait entendre un souffle amphorique avec de gros râles muqueux, plus appréciables par la toux. Inappétence.

L'examen des crachats, fait à deux reprises différentes, reste chaque fois négatif.

Mort le 14 mai 1883.

A l'autopsie, poumon gauche très emphysémateux; le droit est adhérent à la paroi dans toute son étendue, plèvre épaissie. A la coupe du poumon, pas de tubercules, mais cavités très nettement formées par des tuyaux bronchiques fortement dilatés.

Voilà, ce nous semble, des preuves surabondantes de l'importance capitale et prépondérante que joue, dans certains cas, le bacille de la tuberculose dont la simple constatation sert de critérium absolu, de signe pathognomonique.

Nous ne saurions donc nous associer aux assertions du professeur Pribram (de Prague) (1) qui n'a trouvé des bacilles dans les crachats que dans les cas où la lésion pulmonaire était parfaitement reconnaissable à la percussion et à l'auscultation, l'expectoration n'en décelant pas dans les cas où cette constatation eût pu être d'un secours réel pour assurer le diagnostic d'une tuberculose douteuse.

Par contre, les conclusions de Demme (de Berne) (2) nous paraissent pour le moins entachées d'exagération. Cet auteur, rapportant quarante-quatre cas d'affections tuberculeuses diverses chez des enfants de un à quatre ans (tuberculose chronique du poumon, phthisie aiguë, pneumonie tuberculeuse), vient confirmer les conclusions de Lichtheim. Chacun ne sait-il pas que chez des enfants aussi jeunes l'expectoration n'existe que dans la coqueluche? La recherche du bacille ne nous paraît donc possible chez les enfants que dans les cas de coqueluche, alors qu'il s'agit de déterminer la nature de ces broncho-pneumonies si fréquemment tuberculeuses à la suite de cette affection.

On s'est vivement préoccupé de savoir si le nombre et les dimensions variables des bacilles ne jouaient pas un rôle important au point de vue du pronostic. Balmer et Fraentzel, Héron, Pfeiffer croient que le pronostic s'aggrave et s'améliore proportionnellement à l'accroissement et à la diminution du nombre des bacilles. Fraentzel, dans son second mémoire, se montre beaucoup plus réservé sur ce point. Nous-même sommes actuellement bien moins affirmatif qu'au moment de notre première publication, et avec Koch, Lichtheim, Wobly, Dettwiller et Meissen, Dreschfeld, D'Espine, Ziehl, nous croyons que la stagnation des crachats dans les poumons

(1) Pribram. *Wiener med. Wochenschrift*, 1883, n° 15, p. 144.
(2) Demme. *Berlin. Klin. Woch.*, 9 avril 1883.

joue un rôle plus important, quant au nombre des bacilles, que la gravité de l'affection.

De la recherche des bacilles dans l'hémoptysie.

L'hémoptysie est un accident fréquent de la tuberculose pulmonaire. Mais son époque d'apparition permet d'en faire deux catégories distinctes. Il n'est pas rare, en effet, de constater ce symptôme après la formation des cavernes, à la période terminale de la maladie; c'est même une des manières de mourir du phthisique. L'hémorrhagie est alors produite, ainsi que l'ont établi Rokitansky et Rasmussen, par la rupture de petits anévrysmes que présentent les vaisseaux qui circulent dans les parois des cavernes. Dans ces cas, la tuberculose est reconnue depuis longtemps, aussi cet accident n'a-t-il rien à démêler avec le sujet qui nous occupe.

Il n'en est pas de même de ces hémoptysies qui surviennent au début de la phthisie, alors que les signes physiques sont nuls ou encore peu accusés. Un individu, bien portant jusque-là, est pris brusquement d'un crachement de sang dont il ne tarde pas à se remettre. Un peu plus tard on voit apparaître les signes rationnels et physiques de la tuberculose. Cette subordination chronologique de la phthisie à l'hémoptysie avait vivement frappé les observateurs de toutes les époques. Déjà Hippocrate en avait conclu que la phthisie était l'effet de l'hémoptysie (*A sanguinis vomitu tabes et puris purgatio sursum*. Aphorisme 78).

Morton à son tour formula la fameuse doctrine de la *phthisis ab hœmoptœ* (Phthisiologie, liv. II. *De phthisi ab hœmoptœ orta*, p. 129. 1696).

Dans des temps plus voisins de nous, Andral (*Clinique médicale*, t. IV, p. 36, 1834) a donné à cette doctrine de la phthisie consécutive à l'hémoptysie l'appui de sa grande autorité. La raison qui le décide surtout, c'est la bonne santé apparente au milieu de laquelle s'est déclarée l'hémoptysie, puis à la suite de celle-ci, l'apparition graduelle et plus ou moins rapide de tous les symptômes de la tuberculisation pulmonaire. Mais un point n'avait pas échappé à cet éminent observateur : toutes les hémoptysies n'étaient pas suivies de phthisie. Beaucoup de personnes avaient, en effet, dans le cours de leur vie, un ou plusieurs crachements de sang, sans devenir tuberculeux. Andral fait alors intervenir la prédisposition aux tubercules pour rendre compte de ces différences.

Malgré le grand nom d'Andral, la doctrine de la *phthisis ab hœmoptœ* n'avait pas fait de partisan en France; elle n'appartiendrait qu'à l'histoire, si un savant Allemand n'était venu de nouveau la remettre au jour avec des arguments tout modernes.

A la notion de phthisie pulmonaire, il substitue celle de pneumonie caséeuse. Pour lui, la stagnation du sang dans les bronches provoque l'apparition de processus pneumoniques à tendance caséeuse. C'était, on le voit, la théorie de Reinhart et de Virchow appliquée à la doctrine de Morton.

Ces opinions n'ont pas grand retentissement en France, et la majorité des médecins continue à admettre que l'hémoptysie est causée par la présence de tubercules pulmonaires encore trop peu nombreux ou trop jeunes pour se déceler par les signes physiques. M. le professeur Peter, en particulier, consacre de longues et intéressantes pages (*Clin. méd*, t. II, p. 238 et suiv.) à établir au moyen de la clinique et de l'expérimentation, l'antériorité de la phthisie.

Cependant il était difficile d'apporter des arguments absolument probants et *directs*, tant pour combattre la doctrine de Morton que pour la défendre, et longtemps encore la discussion aurait été permise si la découverte de Koch n'était venu donner la solution définitive du problème. C'est à Hiller que revient l'honneur d'avoir porté le coup fatal à la doctrine de la *phthisis ab hœmoptœ*. Cet observateur (1) recherche les bacilles dans les produits

(1) Hiller. *Zeitschrift für Klin. Medicin*, t. V, p. 638.

d'expectoration de trois malades atteints d'hémoptysie précoce, alors qu'à la percussion et à l'auscultation, il n'est pas encore possible de percevoir le moindre signe révélateur d'une altération du parenchyme pulmonaire. Dans le premier cas, il ne trouve pas de bacilles; ce résultat négatif est attribué en partie à l'insuffisance des procédés de coloration employés pour cet examen, en partie à la nature presque exclusivement sanglante de l'expectoration. Chez un second sujet, il attendit que l'hémoptysie fût arrêtée pour examiner ensuite les crachats semi-purulents, semi-sanguinolents rendus par le malade. Ces crachats renfermaient des bacilles de Koch en petit nombre; on n'en découvrit que 3 ou 4 dans le champ du microscope. Dans un troisième cas d'hémoptysie précoce, l'examen microscopique des crachats, effectué dans les mêmes conditions, fit également découvrir des bacilles. Comme résultat confirmatif, Hiller dit avoir obtenu la tuberculose expérimentale par l'inoculation à des cabiais des produits d'expectoration des deux derniers malades.

Nous-même avons eu la bonne fortune d'observer dans le service de notre maître, M. le docteur Straus, un malade atteint d'hémoptysie sans aucun signe de tuberculose. En voici l'histoire résumée :

Obs. XII. — C. T..., 30 ans, brossier, entré, le 3 octobre 1883, salle Andral, nº 9. Il y a huit jours, il fut pris de quintes de toux et rendit du sang à pleine bouche. Les crachements de sang n'ont pas cessé depuis. Avant cette époque, il se sentait mal en train depuis quelque temps. Un peu de toux; mais sa profession de brossier l'expose à une atmosphère pleine de poussières. Pas d'amaigrissement. L'appétit n'avait pas disparu.

Pas d'antécédents héréditaires. Il est marié, a trois enfants qui se portent très bien. Il est encore vigoureux et bien musclé.

En dehors de quelques râles sous-crépitants à la base gauche, l'examen le plus minutieux de la poitrine reste absolument négatif.

On trouve des bacilles dans les produits d'expectoration, moitié purulents, moitié sanglants.

Quinze jours plus tard, submatité du sommet droit. Craquements secs nettement perçus par la toux en avant et en arrière à ce niveau.

La thèse de M. Hugueny (*Du bacille de la tuberculose*, Nancy, 1883, obs. XXIX, p. 46) contient une observation analogue que nous rapporterons ici.

Obs. XIII. — X..., 37 ans, alcoolisé; symptômes dyspeptiques et accès fébriles depuis quelques semaines, est pris, un matin, à la suite d'une quinte de toux, d'une violente hémoptysie. Le malade crache environ deux verres de sang rutilant dans le courant de la matinée. Les jours suivants, il ne rend que des caillots d'un sang déjà altéré. L'examen de la poitrine ne permet à ce moment de trouver aucun signe de tuberculose.

L'examen du sang mêlé à des mucosités permet de trouver quelques bacilles très nets. On porte alors le diagnostic tuberculose, et quinze jours après, on perçoit de la rudesse du murmure respiratoire à droite et quelques râles muqueux au-dessous de la clavicule.

La conclusion qui découle de ces faits s'impose d'elle-même. La présence du bacille de la tuberculose dans le sang de l'hémoptysie initiale est une preuve palpable, évidente de l'existence de tubercules pulmonaires et, par conséquent, permet de trancher définitivement une question dont l'importance doctrinale et pratique n'échappe à personne.

Jusqu'ici nous ne nous sommes occupé que des hémoptysies d'origine tuberculeuse. Mais il s'en faut que le crachement de sang reconnaisse toujours pour cause la phthisie pulmonaire. Trousseau avait déjà dit que trop fréquemment l'hémoptysie éveille chez le médecin l'idée de la tuberculose, et que « cet accident se rattache aussi souvent à des affections étrangères à la tuberculisation qu'à cette maladie elle-même. » Cette assertion, pour être exagérée, n'en contient pas moins une grande partie de la vérité ; qu'il nous suffise de signaler l'hystérie, le traumatisme, les affections locales du poumon et du cœur, les anévrysmes de la crosse aortique,

les dérivations hémorrhagiques, la grossesse, enfin l'arthritisme, dont l'influence a été mise en relief par M. Henri Huchard ; et nous aurons montré que la cause de l'hémoptysie est loin d'être univoque.

En présence de causes aussi nombreuses pouvant donner naissance au crachement de sang, on comprend aisément combien le diagnostic est difficile. L'hémoptysie est-elle tuberculeuse ? Va-t-elle être suivie des manifestations de la phthisie ? Ou bien n'est-elle qu'un accident sans importance, simple épiphénomène d'un état général déterminé ? Voilà des questions capitales dont la solution variable doit entraîner parallèlement des données pronostiques et thérapeutiques différentes. Et pourtant où trouver les éléments d'un pareil diagnostic ? Un individu est pris d'hémoptysie en pleine santé ; l'examen de tous les organes reste négatif, les antécédents héréditaires et personnels n'apportent aucune lumière. Dans ce cas, le médecin est forcément hésitant, n'ayant aucun élément qui lui fasse reconnaître la nature de ce symptôme. Qu'on soumette alors à l'examen microscopique les produits d'expectoration et la présence ou l'absence du bacille va nous fournir les renseignements dont nous n'avons pas à démontrer l'importance.

Les maladies du cœur présentent l'hémoptysie au nombre de leurs symptômes. Parfois même le crachement de sang peut en être la seule manifestation (*Affections cardiaques larvées à forme hémoptoïque* du professeur G. Sée. — *Du rétrécissement mitral pur* par Dreyfus-Brisac, *in Gazette hebdomadaire*, n° du 17 février 1882) et le malade est souvent considéré comme tuberculeux pendant des années.

Ou bien on a affaire à une femme enceinte arrivée vers le cinquième mois de sa grossesse. Une hémoptysie survient sans qu'on puisse constater le moindre signe de tuberculose. Si ce symptôme relève exclusivement de l'état gravide, « il indique et modère par échappement la pléthore sanguine », suivant le langage du professeur Peter, et ne présente par conséquent aucune valeur pronostique. Que ce soit au contraire la première manifestation de la tuberculose, le problème est complètement changé. Tel est le cas de cette femme enceinte entrée dans le service de M. Straus pour une hémoptysie. L'examen le plus minutieux de la poitrine ne fait découvrir aucune modification pouvant être mise sur le compte de la tuberculose. On recherche le bacille dans l'expectoration et sa présence dûment constatée permet de formuler le diagnostic de phthisie.

La recherche du micro-organisme pourra aussi trouver son utilité chez les sujets porteurs d'un anévrysme aortique. Cette lésion, en effet, est assez souvent compliquée de pneumonie caséeuse (Hanot), et, dans ces cas, si l'hémoptysie survient, on pourra hésiter pour savoir à laquelle des deux causes il faut la rapporter. La présence ou l'absence du bacille permettra de résoudre cette question, comme nous en avons vu dernièrement un exemple à la salle Laennec de l'hôpital Tenon.

Nous ne nous attarderons pas à résumer l'important chapitre des *hémoptysies arthritiques* si bien décrites par M. Huchard. Qu'il nous suffise de rappeler en terminant l'histoire d'une malade observée par cet auteur.

Mme R... a aujourd'hui 52 ans. Grand-père maternel goutteux, mère rhumatisante, sujette aux névralgies. Il y a vingt ans, la malade a eu un rhumatisme articulaire généralisé qui n'a laissé aucune trace du côté du cœur. Elle a été réglée à 13 ans, et *toujours ses règles ont été extrêmement abondantes*.

A l'âge de 24 ans, il y a donc vingt-huit ans, *dans la soirée* vers onze heures, elle a une première hémoptysie ; elle est vue par Gendrin, Andral et Barth, qui, tous trois, malgré l'absence de phénomènes stéthoscopiques, concluent à l'imminence d'une tuberculose, et établissent un pronostic très grave. Depuis cette époque, elle a eu *une trentaine d'hémoptysies* dont quelques-unes *fort abondantes*. En 1880, l'hémoptysie qui est survenue *pendant la nuit*, a eu une violence extrême. Enfin, dernièrement, il y quelques mois, sous l'influence d'une promenade dans un endroit humide, nouveau et dernier crachement de sang.

Souvent ces hémoptysies sont suivies et même *précédées* de symptômes de congestion pulmonaire, submatité, râles sous-crépitants, respiration soufflante d'emblée, c'est-à-dire sans avoir été précédée par des râles crépitants, dans diverses parties de la poitrine, tantôt à droite, tantôt à gauche, le plus souvent à gauche, tantôt à la base, tantôt au sommet.

A trois reprises différentes, nous fîmes, avec le concours de notre collègue et ami Pennel, un examen minutieux des crachats de cette malade (une fois aussitôt après une hémoptysie). Dans aucune de nos préparations, nous ne pûmes découvrir le bacille de Koch; ce qui vient corroborer le diagnostic d'hémoptysie arthritique.

Il résulte donc de ces différents faits que la recherche du bacille de la tuberculose peut acquérir une importance prépondérante dans un grand nombre de cas d'hémoptysie. Bien plus, il est souvent le seul élément qui permette un diagnostic et un pronostic rationnels, et par suite une thérapeutique appropriée.

CORRESPONDANCE

Nous accueillons avec plaisir la lettre suivante, signée de M. Pasteur. Sur la question de priorité dont il s'agit, l'*Union Médicale* n'a pas et ne doit pas avoir d'opinion; elle est une tribune ouverte, et, entre tous, l'illustre savant qui s'adresse à elle aurait le droit de considérer une hésitation de sa part comme un déni de justice. M. Pasteur peut donc être assuré de notre impartialité; il y aurait presque mauvaise grâce à ajouter que la haute valeur de ses travaux n'est ignorée d'aucun de nos collaborateurs.

(*La Rédaction.*)

Paris, le 20 novembre 1880.

Monsieur le rédacteur,

Votre numéro du 17 novembre contient un article intitulé : *Les doctrines parasitaires, ouverture du cours de M. le professeur Peter.*

J'y trouve ce passage à la page 859 : « Sur ces données cliniques exactes s'est élevée « l'idée rationnelle de l'atténuation des virus et de l'inoculation de ces virus atténués. »

« Cette idée est du professeur Toussaint, de Toulouse... »

Je proteste contre cette dernière assertion. Est-elle du rédacteur de l'article, l'auteur du résumé de la leçon, ou de M. Peter? Dans la bouche de M. Peter, elle serait impardonnable. Plus que personne, depuis le mois d'août dernier, M. Peter doit savoir que la découverte de l'atténuation des virus m'appartient. Si l'erreur que je signale est de l'auteur de l'article, il serait bien que la loyauté de M. Peter le portât à une rectification dans votre estimé journal.

Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur, l'assurance de mes sentiments très distingués.

L. Pasteur.

En faisant le compte rendu de la leçon de M. le professeur Peter, le rédacteur de l'article s'est efforcé d'être l'écho fidèle de la parole du maître. Désireux avant tout de tenir au courant du grand débat qui divise en ce moment le monde médical les lecteurs du journal auquel il a l'honneur de collaborer, l'auteur du résumé de la leçon de M. Peter se serait cru impardonnable en y intercalant la moindre assertion personnelle.

P. L. G.

Rapport sur le choléra d'Egypte, en 1883,

Par le Dr Straus,

Au nom de la Mission française, composée de MM. Straus, Roux, Thuillier et Nocard.

Monsieur le ministre,

Quand le choléra éclata en Egypte, vous nous avez fait l'honneur d'agréer la proposition du Comité consultatif d'hygiène qui nous avait désignés pour aller étudier sur place la nature de la maladie.

Les travaux de ces dernières années sur les maladies contagieuses ont jeté tant de lumière sur quelques-unes d'entre elles, que le moment paraissait venu d'appliquer au choléra les vues et les méthodes de recherches suggérées par ces travaux. C'est en France qu'ont pris naissance les idées nouvelles sur l'étiologie des maladies transmissibles; il appartenait donc à des médecins français de prendre l'initiative de ces études.

Notre programme se trouvait dégagé des recherches qui s'étaient imposées à nos prédécesseurs touchant les caractères cliniques, la symptomatologie et la marche de la maladie. Rechercher la cause du choléra, tel était le but précis que l'on nous demandait de poursuivre.

Sur votre proposition, Monsieur le ministre, la libéralité du Parlement nous a permis de nous procurer sans retard l'outillage indispensable à nos recherches.

Lorsque nous débarquâmes en Egypte, le 15 août 1883, le choléra avait complètement cessé au Caire. A Alexandrie, au contraire, la mortalité atteignait son chiffre le plus élevé (de 40 à 50 décès par jour), nombre cependant peu considérable si on le compare à la population de cette ville. Quoi qu'il en soit, c'est à Alexandrie seulement que nous pouvions trouver des éléments de travail.

M. le docteur Ardouin, médecin en chef de l'hôpital européen, mit son service à notre entière disposition; c'est à sa bienveillante et large hospitalité que nous sommes redevables de ce que nous avons pu faire. Nous avons en outre trouvé une assistance aussi dévouée qu'éclairée chez M. le docteur Sierra, chargé d'un service au même hôpital.

Le gouvernement kédivial avait désigné pour suivre et faciliter nos recherches M. Ibrahim Effendi Mustapha, chef du laboratoire de l'inspectorat sanitaire, dont le local fut également mis à notre disposition. M. Issa-Bey Hamdy, directeur de l'Ecole de médecine du Caire, présent en ce moment à Alexandrie, voulut bien nous prêter son concours et faciliter notre tâche.

Pour des motifs que nous n'avons pas à examiner, la nature même du mal était contestée par certains médecins en Egypte. Mais il suffisait d'être mis en présence d'un malade pour ne conserver aucun doute. M. le docteur Mahé, dont l'autorité et l'expérience sont considérables, et du reste, avec lui, la plupart des médecins européens d'Alexandrie n'hésitèrent pas un moment à affirmer l'existence du choléra indien.

Les autopsies que nous avons pratiquées sont au nombre de 24 ; 22 ont été faites à l'hôpital européen, 1 à l'hôpital grec, 1 à l'hôpital allemand. Sur ces 24 cas, il y avait 7 hommes et 17 femmes, dont 5 en état de grossesse ou récemment accouchées; le plus jeune des sujets avait 5 ans, le plus âgé 54 ans, les autopsies les plus nombreuses étant celles d'individus âgés de 20 à 35 ans; 15 cas ont évolué d'une façon rapide, la mort s'étant produite de dix heures à trois jours après le début de la maladie ; 9 cas se prolongèrent davantage (de 4 à 15 jours avec ou sans réaction typhoïde). Les sujets appartenaient aux diverses nationalités suivantes : Italiens, Maltais, Syriens, Grecs, Autrichiens; nous n'avons pu pratiquer l'autopsie d'aucun indigène.

Une condition particulièremeut heureuse pour cette étude qui n'aurait pu être réalisée en Europe, c'est que l'on n'était astreint à aucun délai pour l'ouverture des corps. Dans un certain nombre de cas, nous avons pu procéder aux autopsies *immédiatement* après la mort, et la plus tardive n'a pas dépassé quatorze heures. On comprend aisément l'avantage précieux qui pouvait en résulter, tant au point de vue de la recherche d'un micro-organisme pathogène qu'au point de vue anatomo-pathologique. Il n'y avait pas à redouteur les complications de la putréfaction et les lésions pouvaient être considéreees comme relevant exclusivement de la maladie.

Dans l'état actuel de la science, le problème étiologique du choléra devait consister dans la recherche d'un microbe. Il fallait : 1° s'efforcer de constater dans l'économie (tissus ou liquide) la présence d'un micro-organisme spécial; 2° tenter de reproduire, par l'inoculation de produits morbides, la maladie sur des animaux, auquel cas on devait retrouver sur ces animaux, la présence du même micro-organisme; enfin, 3° isoler à l'état de pureté par la culture ce même micro-organisme et développer la maladie

par l'inoculation des produits de culture. Tel est le cycle expérimental que nous avions à parcourir pour répondre à l'idée directrice de nos études.

Les symptômes et les lésions anatomiques du choléra sont de telle nature que c'est dans l'intestin que nous fûmes conduits tout d'abord à rechercher la cause de la maladie. L'examen au microscope des selles caractéristiques de cholériques ou du contenu de l'intestin fraîchement puisé sur le cadavre, révèle la présence d'un grand nombre d'organismes. Ils appartiennent à diverses variétés : bactéries de plusieurs dimensions, les unes immobiles, les autres mobiles, micrococcus isolés, ou réunis en zoogloea, ou disposés en chaînettes. Il est évident qu'en présence d'une aussi grande diversité d'organismes, il est impossible de distinguer et de désigner celui qui, plutôt qu'un autre, pourrait être la cause du choléra. L'examen des matières vomies et du contenu stomacal révèle la même complexité des microbes.

Les flocons riziformes contenus dans les selles sont formés en majeure partie par des cellules épithéliales desquamées, les unes encore accolées et reproduisant le moule des villosités, les autres isolées et en voie de désintégration granuleuse. Le noyau de la plupart de ces cellules a perdu la propriété de se colorer par le carmin et par les couleurs d'aniline (nécrose de coagulation).

Des coupes ont été pratiquées sur les diverses portions du tube digestif préalablement durcies dans l'alcool, et elles ont été examinées au point de vue de la présence de micro-organismes dans les diverses tuniques. Le réactif employé de préférence et avec le meilleur résultat a été une solution aqueuse de bleu de méthylène (2 centimètres cubes de solution alcoolique concentrée de bleu de méthylène dans 140 grammes d'eau distillée); les coupes ont séjourné dans cette solution pendant dix à vingt-quatre heures, puis elles ont été déshydratées par l'alcool absolu, décolorées par l'essence de clou de girofle et montées dans le baume du Canada. Les colorations plus rapides, à l'aide de solutions plus concentrées, ont donné des résultats moins satisfaisants.

Sur des préparations ainsi traitées, on constate d'abord la disparition presque complète du revêtement épithélial de la muqueuse et des villosités, desquamé en partie par le fait de la maladie, en partie par l'effet du liquide durcissant (alcool) employé. Le revêtement épithélial du corps et du fond des glandes de Lieberkühn est conservé. Les villosités, le tissu réticulé de la muqueuse sont le siège d'une infiltration nucléaire, particulièrement accusée sur l'iléon et dans le voisinage de la valvule iléo-cœcale, dans le cas de choléra prolongé où l'intestin présente un aspect hémorrhagique.

Les conduits des glandes tubulées, la charpente connective des villosités, le tissu conjonctif inter-tubulaire, et, par places, la sous-muqueuse, contiennent des micro-organismes divers et de nombre variable, selon la portion d'intestin examinée et selon la durée de la maladie. Les plus nombreux de ces organismes sont des bacilles, leur aspect et leurs dimensions sont variables ; il en est de longs et grêles dont la longueur rappelle celle de la bactéridie charbonneuse ; d'autres sont des bactéries courtes et d'assez fort diamètre. Une des formes les plus fréquentes consiste en un bacille grêle, d'environ deux millièmes de millimètre de long, rappelant assez l'aspect du bacille de la tuberculose. Dans certains points cette variété de bacilles prédomine manifestement, formant des nids ou des traînées qui envahissent jusqu'à la sous-muqueuse sans jamais pénétrer dans les vaisseaux sanguins ni dans la tunique musculaire (1). Il existe d'autres formes bacillaires, de dimensions encore plus faibles, et, çà et là, infiltrés dans l'épaisseur de la muqueuse, divers micrococus.

Cette entéromycose est surtout accusée dans la dernière portion de l'intestin grêle ; dans certains cas elle existe, quoique à un degré plus faible, sur le jéjunum et le duodénum. L'estomac, le cœcum, le gros intestin nous en ont paru privés, mais ces organes devront être l'objet d'un examen ultérieur plus approfondi.

Quelle signification doit-on attribuer à cette constatation anatomique? Le peu de temps qui s'est écoulé entre le moment de la mort et celui de l'autopsie permet d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'un processus cadavérique. Mais sur le vivant, une muqueuse dépouillée d'épithélium comme celle de l'intestin dans le choléra, ne doit-elle pas être aisément envahie par les organismes contenus dans les liquides qui la baignent? La variété des microbes que l'on constate dans les préparations doit éveiller au plus haut point le soupçon d'une invasion *secondaire* de l'intestin. De ce qu'une forme spéciale d'organisme (celui qui rappelle le bacille de la tuberculose) se trouve dans

(1) C'est sans doute ce bacille que M. Koch décrit dans le rapport qui a paru le 13 octobre 1883 dans la *Gazette de l'Allemagne du Nord* et qu'il compare pour l'aspect au bacille de la morve, étant d'ailleurs visiblement enclin à le considérer comme l'organisme caractéristique du choléra.

plusieurs points en plus grande abondance, on en peut conclure seulement que cet organisme rencontre dans l'intestin des cholériques un milieu du culture plus favorable que les autres organismes, moins nombreux, qui sont à côté de lui.

S'il existait réellement entre l'un de ces microbes trouvés dans les tuniques intestinales et le choléra une relation de cause à effet, ce microbe devrait se rencontrer dans *toutes* les autopsies cholériques. C'est ce qui ne s'est pas présenté dans nos recherches. Nous avons observé la présence dans la muqueuse intestinale de micro-organismes, surtout dans les cas de choléra qui se sont prolongés et qui s'accompagnaient d'un piqueté hémorrhagique de l'intestin. Dans trois cas de choléra foudroyant, où les sujets avaient été emportés en dix à vingt heures, et où l'intestin était plutôt pâle que congestionné, il ne nous a pas été donné de constater dans les tuniques intestinales la présence appréciable de micro-organismes. Il va sans dire que dans cette recherche, nous avons multiplié les coupes et redoublé de sollicitude, ainsi qu'il convient toujours de faire quand il s'agit de constatations négatives. Dans un autre cas suraigu, le nombre des bacilles était excessivement faible et il fallait un grand nombre de coupes pour en décéler quelques-uns. Or, c'est précisément dans ces cas suraigus, foudroyants, où la maladie revêt son intensité la plus grande, que la présence d'un microbe dans la muqueuse intestinale, si elle était réellement primitive et caractéristique, devrait être révélée avec le plus de netteté et d'intensité.

Les ganglions mésentériques, le foie, la rate, les reins, examinés avec le plus grand soin au point de vue de l'existence de micro-organismes, n'ont donné que des résultats négatifs. Les coupes du poumon décèlent des organismes variés; mais vu la libre communication de cet organe avec l'air, cette constatation ne saurait avoir de valeur.

Lorsqu'on ouvre le cadavre d'une personne qui a succombé au choléra, on est frappé de la turgescence des veines profondes, de leur coloration noir foncé. Le sang des cholériques présente au plus haut degré les caractères d'un sang asphyxique et infectueux. Le cœur droit est distendu par ce sang noir qui souvent n'est pas coagulé, même plusieurs heures après la mort. Lorsqu'on aspire avec pureté, dans des pipettes flambées, du sang du cœur ou des vaisseaux, il arrive souvent que les globules tombent rapidement par leur propre poids au fond des tubes, et ils restent surnagés par une couche claire de sérum qui peut se conserver très longtemps sans que la coagulation survienne. D'autres fois, le sang cholérique donne, au bout d'un temps plus ou moins long, un caillot qui se rétracte ou reste diffluent en donnant au sang l'aspect d'une gelée.

Au microscope, les globules rouges s'étalent sous la lamelle, paraissent pâles et poisseux, mais non pas agglutinatifs à la manière du sang charbonneux. Les globules blancs augmentés en nombre sont remplis de granulations très nombreuses, leur consistance est diminuée et ils s'écrasent sous le couvre-objet en masses granuleuses. Dans le sang des 24 cholériques sur lesquels ont porté nos observations, que ce sang fût recueilli immédiatement ou seulement quelques heures après la mort, nous avons vu dans les intervalles libres compris entre les globules de petits articles très pâles, légèrement allongés, paraissant étranglés en leur milieu et que nous ne pouvons mieux comparer qu'aux petits articles du ferment lactique, avec cette différence cependant qu'ils sont beaucoup plus petits et que leur réfringence est si faible qu'ils sont très difficiles à voir. Le sang du cœur en contient parfois en abondance; mais en général le sang des veines mésentériques, gastriques, porte et sus-hépatique en est le plus chargé.

Si l'on essaye de rendre ces petits corps plus apparents en les colorant par le violet de gentiane ou le bleu de méthylène, qui paraissent les matières les plus convenables pour cet objet, on s'aperçoit qu'ils prennent et gardent mal la matière colorante, en sorte qu'il y a de grandes difficultés à faire des préparations démonstratives, d'autant plus que l'on craint toujours de confondre un organisme aussi petit avec les dépôts de la matière colorante employée ou avec les granulations échappées des globules blancs. Si, sur des préparations fraîchement faites, nous avons cru voir nettement teintés les petits articles dont nous parlons, nous ne sommes pas arrivés à en conserver des préparations satisfaisantes.

Lorsqu'on laisse à l'étuve à 38° des tubes de sang cholérique recueilli avec pureté et qu'on examine ensuite au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures le sang ainsi soumis à la chaleur, on voit que ces articles ont augmenté en nombre et que parfois ils sont réunis par trois ou quatre formant de petites chaînettes. Il semble donc que, dans ces conditions, il y ait eu culture d'un micro-organisme dans le sang. C'est surtout dans la profondeur des tubes, là où les couches de sang sont tout à fait soustraites à l'action de l'air, que cette prolifération est abondante.

Dans le cas où une couche de sérum surnage le dépôt des globules sanguins, elle ne

se trouble pas. Au bout de quelques jours, les globules pâlissent, se déforment et se désagrègent; il en résulte des apparences filiformes lisses, ou formées de grains plus ou moins réguliers qui feraient croire à l'apparition d'organismes en chapelet beaucoup plus gros que ceux observés dans les premiers jours, si leur plasticité et leur adhérence aux globules ne révélaient pas leur origine. Ces mêmes formes filamenteuses apparaissent aussi, mais au bout d'un temps beaucoup plus long, lorsque les tubes de sang sont maintenus à la température ordinaire des pays chauds.

Cet aspect du sang des cholériques a beaucoup frappé notre attention, et, dans le début de nos recherches, nous n'hésitions pas à voir, dans les petits articles que nous venons de décrire, un organisme microscopique. Pour donner la preuve qu'il en était ainsi, il fallait réaliser la culture de cet organisme dans des liquides appropriés. Nous avons, à maintes reprises, semé le sang cholérique dans les liquides les plus variés (bouillon neutre de poule, de veau, bouillon albumineux, urine neutre, lait, sérum de sang de bœuf, sang de lapin, sérum de sang de cholériques, etc.) sans parvenir à obtenir la culture d'un microbe quelconque. Les essais de culture dans le vide ont donné aussi peu de résultats que ceux faits en présence de l'air. De plus, de la sérosité péricardique, du sérum sanguin de cholériques, très limpides, conservés à l'étuve, ne se troublent nullement et ne donnent lieu à aucune culture d'organismes.

Malgré cet insuccès des tentatives de culture qui nous a empêché de fournir la preuve qu'il existe un microbe dans le sang des cholériques, nous persistons à penser que, dans de nouvelles recherches, l'attention devra particulièrement porter sur le liquide sanguin. Dans l'état actuel de nos connaissances, nous sommes loin de savoir réaliser les conditions nécessaires à la vie de tous les microbes pathogènes, et l'on peut espérer que, dans l'avenir, de nouvelles tentatives de culture seront couronnées de succès. Cette idée de l'envahissement du sang par un microbe dans le choléra est encore fortifiée par l'observation clinique. Elle rend compte du symptôme dominant, de l'asphyxie, qui, dans nombre de cas foudroyants, où les selles et les vomissements sont rares, n'est pas expliquée par la perte de liquides ou les lésions intestinales.

En examinant aux papiers réactifs le sérum qui s'est séparé dans les tubes de sang, nous avons constaté que, dans la plupart des cas, ce sérum est légèrement, mais nettement acide. Cette acidité n'était pas le fait d'une altération du sang par quelque organisme d'impureté survenu depuis que ce liquide avait été recueilli, puisque le sérum était parfaitement limpide et ne donnait lieu à aucune culture quand on en semait quelques gouttes dans des liquides nutritifs exposés à la chaleur. On ne peut l'attribuer non plus à quelque réaction chimique spéciale, propre à toute espèce de sang conservé, car nous avons pu garder dans les mêmes conditions du sang d'hommes ayant succombé à des maladies ordinaires, du sang d'animaux sains ou atteints de maladies infectieuses (peste bovine), sans que le liquide sanguin ait cessé d'être alcalin.

D'ailleurs, dans un cas où le liquide du péricarde et le sang ont été examinés aussitôt après la mort, on a constaté que ces liquides avaient déjà une réaction faiblement acide.

Dans l'étude d'une maladie contagieuse, il est très important de pouvoir communiquer cette maladie à un animal; nous n'avons aujourd'hui de notions certaines que sur celles des maladies contagieuses que l'on a pu donner aux animaux.

Nous nous sommes donc efforcés de communiquer le choléra à des animaux; tout ce que l'on sait de la transmission du choléra de l'homme à l'homme, invite à penser que c'est dans les vomissements et les selles que se trouve le poison cholérique. Nous avons fait ingérer à des animaux des matières vomies, des selles riziformes, des anses intestinales, recueillies immédiatement après la mort sur des cadavres de cholériques. Des poules, des pigeons, des cailles, une dinde, des geais, des lapins, des cochons d'Inde, des rats, des souris, des chiens, des porcs, ont reçu ces matières sans en éprouver aucun effet. Quatre porcs en expérience ont mangé à diverses reprises des quantités considérables de selles, d'intestin et de viscères de cholériques; leur santé est restée aussi bonne que celle de deux autres porcs conservés comme témoins. Pour placer nos animaux d'expérience dans des conditions que nous pensions propres à favoriser la contagion, nous leur avons donné des matières cholériques après avoir irrité leur intestin par un purgatif; ces tentatives n'ont point abouti à leur faire prendre le choléra ni une maladie quelconque. Nous avons pu également administrer à un singe des matières riziformes et une grande quantité de sang cholérique sans déterminer chez lui autre chose qu'un malaise passager.

Nous devons cependant dire que, dans une de nos expériences, une poule a succombé, trois jours après l'ingestion de selles riziformes. Le contenu de l'intestin était liquide, la muqueuse intestinale était semée de petites hémorrhagies, et le sang renfermait un organisme en très petits articles. A ce moment, nous avons pensé avoir

réussi. Malheureusement le résultat ne put être reproduit. Des fragments de l'intestin de cette poule ont été mangés par d'autres poules; son sang a été injecté sous la peau de poules saines, et celles-ci n'ont éprouvé aucune maladie. Nous regrettons de n'avoir pu essayer dans tous les cas la contamination de très jeunes sujets des diverses espèces animales que nous avions à notre dispostion; nous avons cependant sans résultat essayé de donner le choléra à de jeunes chiens et à de jeunes chats.

Enfin, les matières cholériques se sont montrées inoffensives sur les animaux, qu'elles aient été administrées fraîches ou après quelques jours de conservation, séchées à l'air ou dans l'acide carbonique.

Les matières des déjections ou des vomissements ne peuvent être données aux animaux que par le tube digestif; l'introduction sous la peau des matières riziformes donne lieu à des complications dues aux organismes divers qu'elles renferment. Nous avons essayé par des artifices de culture de séparer à l'état de pureté quelques-uns des microbes qui pullulent en si grande quantité dans les selles. Les cultures de ces organismes essayées sur les animaux n'ont déterminé que des accidents n'ayant pas de rapport avec le choléra.

L'inoculation de grandes quantités de sang cholérique dans le tissu cellulaire a été tout aussi inoffensive.

Malgré toutes ces tentatives, que nous regrettons de n'avoir pu multiplier davantage, la transmission du mal à une espèce animale aurait une si grande importance que nous pensons que dans des recherches nouvelles il y aura lieu de faire de nouveaux et grands efforts pour découvrir un mode d'inoculation ou des conditions de virulence qui permettent de communiquer le choléra à certaines espèces animales.

En résumé, Monsieur le ministre, obligés, comme nous l'avons été, de limiter nos études à un temps relativement très court, puisque l'épidémie a cessé en Egypte dès les premiers jours de septembre, c'est-à-dire trois semaines environ après notre arrivée; privés en outre tout à coup et si malheureusement de la collaboration de notre ami Louis Thuillier, nous sommes loin de penser que nous ayons résolu le problème étiologique du choléra; mais nous avons l'espoir d'avoir aplani les premières difficultés et préparé la voie à des recherches futures qui seront affranchies des tâtonnements inhérents à toute investigation de début.

THÉRAPEUTIQUE

Cas d'aménorrhée chez une femme de 35 ans. — Traitement par l'albuminate de fer. — Grossesse.

Par M. le docteur Louis JUGAND, ancien interne des hôpitaux.

Bien que le fait de l'aménorrhée complète ne soit pas un cas isolé dans la science, l'observation suivante nous a paru assez intéressante pour mériter d'être publiée dans toute sa simplicité.

OBSERVATION. — Mme L..., originaire de Strasbourg, habite depuis plusieurs années Paris, où elle dirige un atelier de couture. Cette dame, de taille moyenne, est d'apparence très délicate; son teint décoloré, mat, subictéreux, accuse fortement la chloro-anémie. Cette personne jouit cependant, dit-elle, d'une santé généralement bonne. Sans être exagéré, son appétit est toujours égal; les antécédents de famille sont excellents A l'âge de 17 ans, quelques gouttes de sang se sont montrées à l'entrée de la vulve, et, depuis, elle n'a jamais été réglée. Mariée à 22 ans, elle éprouve chaque mois les malaises de la congestion utérine : douleurs des reins et de l'abdomen au niveau des ovaires, pesanteurs dans le ventre, état fébrile, etc.

Mme L... a le plus grand désir de devenir mère, aussi a-t-elle bien souvent consulté; tous les emménagogues connus ont été essayés, depuis l'inoffensive armoise, jusqu'au safran, l'apiol, la rhue, le seigle ergoté, etc.

Le traitement local par les bains de siège, les douches froides, les injections, les sachets médicamenteux n'a pas mieux réussi.

Pendant deux années consécutives, la malade a pris d'elle-même du fer sous forme pilulaire insoluble, ce qui a amené des troubles assez sérieux.

C'est dans ces conditions que Mme L... vint nous consulter le 27 septembre de l'année dernière. L'examen du col ne nous présente rien d'anormal et le toucher n'éveille aucune

douleur. L'hystéromètre pénètre assez facilement et fournit la course ordinaire chez la femme qui n'a pas eu d'enfant. Nous conseillons d'abord de suspendre tout traitement pendant un mois, recommandant seulement l'hygiène et une nourriture choisie, mais modérée, à laquelle nous joignons la peptone phosphatée afin de permettre aux organes digestifs fatigués le temps de se remettre.

Un peu de diarrhée étant survenu, nous faisons prendre le citrate de magnésie à doses fractionnées pour modifier la muqueuse intestinale; mais comme le flux diarrhéique, qui dure depuis quelque temps, ne tend pas à diminuer, nous ajoutons à ce traitement l'*eau albumineuse* comme tisane, et concurremment le sirop de *citrate de fer* pour combattre la chloro-anémie.

A notre grande satisfaction, la diarrhée disparaît, le citrate de fer est bien supporté, et après six semaines, la malade voit apparaître quelques gouttes de sang à la vulve.

Frappé de cette coïncidence, nous soumettons aussitôt Mme L... à la liqueur d'*albuminate de fer* associé à l'écorce d'oranges amères, dont M. Laprade est le préparateur.

Pendant les quatre mois suivants, les règles apparaissent normalement, sans malaises; elles ont manqué le cinquième mois. Mme L... est aujourd'hui sur le point d'accoucher.

COURRIER

Académie de médecine. — A la suite du comité secret de mardi dernier, les candidats à la place d'associé libre, laissée vacante à l'Académie de médecine par suite du décès de M. Amédée Latour, ont été classés dans l'ordre suivant :

En première ligne : M. de Quatrefages;

En deuxième ligne, *ex æquo,* et par ordre alphabétique : MM. Durand-Claye, Foville, Magitot, de Ranse et Worms.

Nécrologie. — Nous apprenons avec une vive douleur la mort de notre collègue et ami Georges Homolle, médecin des hôpitaux, dont la santé était depuis si longtemps gravement atteinte, et dont la fin n'était que trop prévue.

Hôtel-Dieu. — Par décision ministérielle, M. le docteur Humbert, agrégé, est chargé de remplacer M. le professeur Richet dans la chaire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, pendant le semestre d'hiver 1883-84.

— A la suite du scrutin qui a eu lieu, le 11 novembre 1883, pour l'élection, au Conseil académique de Dijon, d'un délégué de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d Dijon, M. Fleurot, professeur de clinique externe à ladite école, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages exprimés, a été déclaré membre du Conseil académique de Dijon, en remplacement de M. Morlot.

— Les travaux du laboratoire d'enseignement de zoologie anatomique commenceront au Muséum d'histoire naturelle, le lundi 26 novembre 1883; ils auront lieu tous les jours, de midi à quatre heures du soir, pendant le semestre d'hiver. Ils consistent en dissections, autres exercices pratiques et conférences. Le laboratoire de recherches de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes restera ouvert pendant toute la durée de l'année scolaire 1883-1884. Les étudiants qui voudraient prendre part à ces travaux devront s'inscrire, de midi à quatre heures du soir, au laboratoire de zoologie, rue de Buffon, 55.

— Les récompenses suivantes ont été décernées aux internes en médecine des hôpitaux de Bordeaux : Prix Delord, M. Biard ; prix Livieux, M. Sengenne; prix de l'Administration, M. Princeteau; médailles d'argent, MM. Chevalier, Philippeau et Suzanne; médaille de bronze, M. Boisvert.

— Les exercices relatifs à l'emploi du microscope dans l'étude comparative des tissus constitutifs des animaux ont lieu tous les jours, de midi à cinq heures de l'après-midi, sous la direction de MM. Ch. Robin et Pouchet, au laboratoire d'anatomie comparée, rue de Buffon, 55, ou MM. les élèves doivent se faire inscrire auprès de M. le docteur Huet, directeur-adjoint.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

BULLETIN

Académie de médecine, 27 novembre. — Aujourd'hui on devait élire un associé libre. Nos lecteurs savent que l'Académie a pris, l'année dernière, une grave résolution : par un article ajouté à son règlement et approuvé par le ministère, elle a montré l'intention d'ouvrir la classe des associés libres, non à des médecins, mais à des notabilités scientifiques ne tenant à la médecine que par des liens indirects. Ces deux mots « associés libres » supposent, en effet, l'intention d'adjoindre à l'Académie des hommes qui, ne faisant pas partie intégrante de la famille médicale, sont néanmoins jugés capables d'honorer par leur présence l'Assemblée qui les appelle, et d'apporter, par leurs lumières spéciales, un utile concours à ses délibérations. Adopter l'interprétation nouvelle, c'était revenir à une tradition longtemps oubliée. Cependant, le sentiment de l'Académie sur le nouvel article n'avait pas été unanime, car on prévoyait un sérieux débat pour le jour de son application. C'est ce qui est arrivé : M. de Quatrefages, présenté en première ligne, n'a pas atteint, au premier tour, la majorité absolue ; au second tour, il a été nommé par 59 voix. M. Worms a combattu vaillamment, avec 30 suffrages ; M. Magitot, bientôt abandonné dans une lutte inégale, a cependant conservé jusqu'au bout deux amis fidèles.

La lecture de M. Pasteur sur le virus du rouget des porcs et son atténuation, est un hommage rendu à un des plus distingués élèves de ce maître. Le pauvre Thuillier, dont le souvenir vient d'être ravivé par la publication du rapport de M. Straus au nom de la mission française envoyée en Egypte, avait le premier, en effet, signalé le microbe spécial à cette maladie ; ou, du moins, il l'avait signalé sans connaître un travail paru deux mois auparavant à Chicago sur le même objet.

M. Pasteur, après avoir rappelé en termes émus les travaux si malheureusement interrompus de son élève, s'est livré, dans cette courte communication, à des considérations générales sur les virus et les modifications qu'ils subissent dans leur passage à travers les organismes vivants.

L.-G. R.

Clinique chirurgicale de la Pitié

(Service de M. Verneuil.)

De l'atrophie musculaire consécutive aux fractures de la rotule.

En 1880 et 1881, M. Verneuil a fait à l'hôpital de la Pitié plusieurs leçons cliniques sur ce sujet, à propos de blessés entrés à cette époque dans son service.

D'autres travaux m'ont empêché de terminer et de publier depuis les articles que je me proposais d'écrire sur cette question ; mais la discussion récente à la Société de chirurgie m'engage à faire connaître dès maintenant les notes que j'ai recueillies autrefois à la clinique chirurgicale de la Pitié, et qui auraient assuré à M. Verneuil une priorité que mon ami Richelot lui

aurait enlevée, par ma faute, si les idées de mon maître et les observations de deux de ses malades ne se trouvaient déjà mentionnées dans la thèse de doctorat de M. Christin (Paris, 1880).

Les auteurs attribuent en général à l'écartement des fragments de la rotule, indépendamment de la raideur articulaire dans les cas d'arthrite, l'impotence fonctionnelle plus ou moins considérable du membre inférieur consécutive aux fractures transversales de cet os.

Pour Nélaton, qui résumait les opinions de ses devanciers sur ce point, la faiblesse du membre est proportionnée à la longueur du ligament fibreux intermédiaire aux deux fragments. (*Pathologie chirurgicale*, t. Ier, p. 798, 1844.)

Malgaigne admet l'importance de cette cause, qui, dit-il, agit de deux manières, par la faiblesse du tendon d'abord, et par celle des muscles, dont le corps charnu est raccourci et éloigné de l'attache commune. (*Fractures*, p. 749, 1847.)

Follin attribue également la difficulté de la marche à la faiblesse des muscles extenseurs, mais pour lui celle-ci est due à la présence du cal fibreux qui n'offre pas la résistance du tissu osseux. (*Traité élém. path. externe*, t. II, p. 908, 1868.)

Pour en arriver aux travaux plus modernes, M. Gosselin, dans sa *Clinique chirurgicale*, parle à plusieurs reprises de la diminution du volume des muscles de la cuisse, en particulier du triceps, après les fractures de rotule, comme cela a lieu, dit-il, pour presque tous les muscles après les fractures. Mais c'est à la consolidation fibreuse, à l'allongement du cal qu'il fait encore jouer le plus grand rôle dans la difficulté de la marche. (3e édit., t. III, p. 542.)

M. Gosselin pense encore que l'impotence éloignée du membre a bien plus souvent pour cause l'arthrite consécutive à la fracture que l'affaiblissement du triceps, affaiblissement dû non à l'atrophie musculaire, car il n'en fait aucune mention dans les observations qu'il rapporte, mais à l'écartement des fragments comme le comprenaient Nélaton et Malgaigne.

Dans le traitement de la fracture de la rotule, M. Gosselin recommande, après la cessation de l'immobilité, l'emploi d'appareils garnis en avant d'une ou de plusieurs bandes de caoutchouc; mais c'est afin de donner au genou assez de force et de solidité pour se passer de tout moyen contentif, et non pour remédier, comme il le fait en réalité, à l'atrophie du triceps. De celle-ci il n'est nullement question. Au contraire, la plus grande préoccupation du savant professeur de la Charité, dans le traitement, est non pas de combattre l'atrophie du triceps, mais sa contraction, qui aurait pour résultat d'empêcher la réunion ou de provoquer l'écartement des fragments.

M. P. Berger, dans l'article *Rotule* du *Dictionn. encycl.*, répète les mêmes doctrines. Pour lui, l'affaiblissement du membre, conséquence des plus fréquentes et des plus fâcheuses des fractures de la rotule, est le résultat de l'écartement persistant des fragments, toutes les fois que cet écartement dépasse un centimètre. La perte des mouvements d'extension indique la perte ou l'abolition partielle des fonctions du triceps, mais c'est parce que celui-ci ne peut plus agir efficacement sur le fragment inférieur de la rotule (p. 273 et 280).

M. Berger parle cependant de l'atrophie du triceps, mais il paraît faire de cette dégénération une conséquence de la persistance de l'écartement des fragments (p. 275).

Au point de vue du pronostic, il place sur le même rang la nature fibreuse du cal, l'arthrite, de laquelle dépendent les raideurs consécutives, et l'étendue de l'écartement. Mais il n'est plus question de l'atrophie du triceps, ni dans ce chapitre ni dans celui du traitement.

Nous croyons inutile de citer d'autres textes, tous les auteurs exprimant les mêmes opinions sous des formes plus ou moins différentes.

M. Verneuil pense que l'impotence fonctionnelle du membre inférieur, à

la suite de la fracture transversale de la rotule, a pour cause principale l'atrophie du muscle triceps, en particulier de sa portion moyenne dont la rotule fait directement partie, le droit antérieur.

Qu'il y ait ou non une arthrite, une hydarthrose ou une hémo-hydarthrose, l'atrophie peut survenir au bout d'un temps variable, mais souvent très court; dix jours après l'accident on peut déjà la constater par la mensuration de la circonférence de la cuisse, qui diffère de plusieurs centimètres de celle du côté sain. Les autres signes de l'atrophie du triceps, flaccidité de la cuisse, mollesse des tissus à la palpation, existent aussi, mais comme ils ne présentent ici rien de particulier, nous n'avons pas à y insister.

En même temps que l'atrophie de la cuisse, on constate une diminution assez marquée du volume et de la force des muscles de la jambe, phénomène appréciable aussi par la palpation et la mensuration et qui affecte bien évidemment le triceps sural; mais, dans aucun cas, nous n'avons vu l'atrophie aller jusqu'à la disparition d'un muscle entier, comme pour le droit antérieur.

A la vérité, il aurait fallu faire à ce sujet des explorations minutieuses, telle que l'électrisation localisée de chaque muscle en particulier, mais je n'ai pu la pratiquer, faute de temps, au moment où M. Verneuil fit ses leçons cliniques sur l'atrophie musculaire consécutive aux fractures de la rotule.

Dans son excellente thèse de doctorat de 1877, inspirée par le professeur Le Fort, M. le docteur Valtat a bien étudié l'atrophie musculaire qui succède aux arthrites, mais il ne mentionne en aucun point de son travail celle qui survient dans les fractures qui nous occupent. Sans doute on peut dire que la fracture de la rotule s'accompagne presque constamment d'un degré plus ou moins marqué d'arthrite; mais il est des cas où cette complication fait défaut, ou du moins n'est pas constatée, par exemple dans les fractures par cause musculaire, sans violence directe, et néanmoins l'atrophie des muscles de la cuisse et de la jambe survient comme dans les cas où il y a arthrite manifeste.

L'observation suivante en est un exemple.

Obs. I. — Queille, 25 ans, entre le 19 janvier 1881, salle Saint-Louis, n° 1, pour une fracture de la rotule gauche par contraction musculaire, en faisant un effort violent pour éviter une chute dans un escalier. Presque pas d'écartement. Pas d'épanchement. On réunit les deux fragments au moyen de deux petites valves plâtrées appliquées au-dessus et au-dessous des bords supérieur et inférieur de la rotule, et réunis par un tube élastique au moyen d'agrafes enfoncées dans le plâtre mou. Le membre est ensuite placé dans une gouttière de cuisse. Pas d'accidents consécutifs.

Je mesure les deux membres le 29 janvier.

	Membre malade.	Membre sain.
Cuisse, 20 cent, au-dessus de la rotule.	44 cent.	47 cent.
Jambe, 20 cent. au-dessous —	33 —	33 —

Le 26 février, on remplace la gouttière et le petit appareil plâtré par un appareil silicaté comprenant tout le membre, depuis la racine de la cuisse jusqu'à un peu au-dessus des malléoles. Le cal est encore peu solide. Motilité latérale des fragments assez grande. Cuisse molle à la palpation en avant.

Mensurations.	Membre malade.	Membre sain.
Cuisse, 20 cent. au-dessus de la rotule.	43 cent.	47 cent.
Jambe, 10 cent. au-dessous —	32 —	33 —

Lorsque l'appareil est sec, on le fend suivant sa longueur, en avant, et, vers la fin de février, on commence à électriser le triceps tous les deux jours pendant cinq minutes. Le malade peut se lever et marcher avec des béquilles.

Le 15 mars, le cal est assez solide; l'écartement des fragments n'est que d'un demi-

centimètre. Pas de raideur dans le genou. Le membre ne se soulève qu'avec peine du lit.

Mensurations.	Membre malade.	Membre sain.
Cuisse, 20 cent. de la rotule.	44 cent.	47 cent.
Jambe, 10 cent. —	32 1/2.	33 —

On continue la faradisation jusqu'à la sortie du malade, le 12 avril. A cette époque, il marchait déjà depuis quelques jours avec une canne, et on ne l'a gardé si longtemps que pour améliorer davantage son triceps. Le membre, plus ferme, se soulevait facilement du lit. L'écartement des fragments n'était pas augmenté.

Dernière mensuration le 9 avril.

	Membre malade.	Membre sain.
Cuisse, 20 cent. au-dessus de la rotule.	45 cent.	47 cent.
Jambe, 10 cent. au-dessous —	33 —	33 —

Dans ce cas, on ne peut évidemment attribuer l'impotence fonctionnelle ni à une arthrite appréciable, ni à l'écartement des fragments, puisqu'on avait pu éviter ces deux accidents; l'atrophie musculaire du triceps était donc seule en cause. Cette atrophie était déjà de 3 centimètres au bout de dix jours, et elle n'avait augmenté que de 1 centimètre au bout d'un mois. Plus tard, elle s'améliora sous l'influence du traitement par la faradisation.

Dans le cas suivant, au contraire, il y avait une hémo-hydarthrose bien manifeste.

Obs. II. — Deldem (Jules), 23 ans, mécanicien, entre à la Pitié, salle Saint-Louis, n° 21, le 8 avril 1880, pour une chute sur le genou. On constate à l'entrée une fracture de la rotule avec écartement d'environ 3 centimètres et un épanchement assez considérable. Très grande sensibilité du genou. On entoure le membre d'un appareil ouaté et on l'immobilise dans une gouttière de cuisse.

Pas d'accidents consécutifs. Diminution des douleurs. On laisse le membre dans l'appareil jusqu'au 20, où on l'en retire pour l'examiner.

Gonflement diminué; douleurs presque nulles à la palpation; ecchymoses autour du genou; l'écartement est resté le même. On mesure comparativement les deux membres.

	Membre fracturé.	Membre sain.
Cuisse, 20 cent. au-dessus de la rotule.	43 cent.	45 cent. 5.
Jambe, 10 cent. au-dessous —	34 — 5	36 — —

On remet le même appareil, l'état du genou ne permettant pas de placer encore un bandage silicaté. Compression plus forte que la première fois au niveau du genou. Aucune douleur à la suite, sauf des élancements quand D... se met sur son séant ou fait des mouvements trop brusques.

4 mai. On retire l'appareil. Teinte jaunâtre du genou. Plus de douleurs. Plus d'épanchement. L'écartement n'a pas augmenté. Les fragments réunis par des tissus assez fermes sont moins mobiles.

Cuisse, 20 cent. au-dessus de la rotule.	42 cent.	45 cent.
Jambe, 10 cent. au-dessous —	34 —	36 —

Appareil ouaté et silicaté, qu'on enlève le 1er juin. L'écartement est toujours à peu près le même, un peu moins de 3 centimètres. Cal assez gros, faisant saillie au-dessus des fragments osseux, presque immobiles dans tous les sens. Genou raide, mouvement de flexion très limité et douloureux. Un peu d'empâtement sur les côtés du tendon du triceps. Impossible de soulever spontanément la cuisse. Diminution du droit antérieur appréciable à la vue et à la palpation. Un peu d'amaigrissement général par ennui.

Mensuration.	Membre fracturé.	Membre sain.
Cuisse, 20 cent. au-dessus de la rotule.	41 cent.	44 cent. 5.
Jambe, 10 cent. au-dessous —	33 —	35 — 5.

On remet le membre dans l'appareil qu'on maintient avec des boucles. Tous les deux jours on l'ouvre pour faire une séance de faradisation. Mais le 12 juin, le malade quitte l'hôpital.

La dernière mensuration donne :

	Membre fracturé.	Membre sain.
Cuisse, 20 cent. au-dessus de la rotule.	42 cent.	44 cent.
Jambe, 10 cent. au-dessous	34 —	35 —

Comme dans l'observation précédente, on voit donc que l'atrophie musculaire a débuté peu de temps après l'accident, puisqu'elle atteignait déjà 2 cent. 1/2 au douzième jour; qu'elle a encore augmenté ensuite et qu'elle a rétrocédé sous l'influence de la faradisation.

L'impotence fonctionnelle due à cette atrophie a pu être constatée dans divers cas, plusieurs mois après l'accident, sans écartement des fragments ni autre phénomène morbide capable de gêner les fonctions du membre.

(*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

ÉTUDE SUR LES TROUBLES DE LA MICTION *se rattachant aux divers états physiologiques et pathologiques de l'utérus*, par Al. BOISSARD, interne des hôpitaux de Paris. — Delahaye et Lecrosnier, 1883.

Les troubles de la miction, si bien étudiés chez l'homme par les Civiale, les Voillemier, les Guyon, les Thompson, n'ont pas été envisagés chez la femme avec la même attention; aussi le travail consciencieux, plein d'érudition et d'une grande portée clinique, que vient de publier notre distingué collègue M. Boissard sera-t-il accueilli avec faveur par les praticiens; il va, en effet, combler une lacune de nos traités classiques, en nous donnant un résumé net et fidèle de monographies nombreuses éparpillées dans les revues et les journaux de notre pays et de l'étranger.

Dans un premier chapitre, nous trouvons condensées les notions d'anatomie et de physiologie relatives aux rapports de la vessie et des organes génitaux ainsi qu'au mécanisme de la miction dans le sexe féminin. Envisageant ensuite les ro ubles de la miction qui peuvent naître dans les divers états physiologiques de l'utérus, l'auteur nous montre que pendant la *période menstruelle*, la congestion de l'appareil utéro-ovarien s'accompagne nécessairement d'une turgescence du système vasculaire de la vessie; de là ces besoins plus fréquents d'uriner et certaines sensations pénibles en urinant qu'éprouvent beaucoup de femmes à l'époque des règles; de là aussi l'aggravation des cystites aux époques cataméniales et la lenteur de la guérison du catarrhe vésical chez la femme.

En ce qui concerne la *grossesse*, les troubles de la miction ressortissent à deux ordres de causes : inflammatoires et mécaniques. La cystite chez les femmes enceintes, qui avait déjà fait l'objet des recherches de notre savant ami le docteur E. Monod (de Bordeaux), peut apparaître dès le début ou vers le deuxième ou troisième mois par la seule influence des poussées conjonctives que subit l'utérus; on peut encore l'observer vers la fin, puis elle disparaît dans les jours qui suivent l'accouchement; ou bien elle peut suivre un accouchement normal et naturel ou une fausse couche (cystite *post* puerpérale ou *post partum*). La pathogénie des *cystites post partum* est très variable : traumatisme, refroidissement, fissure du col vésical; ou bien manifestation de la puerpéralité, que la cystite devienne toxique par l'action des lochies fétides ou celle d'un cathéter malpropre. Sous le nom de troubles de la miction de cause mécanique, sont étudiées les rétentions d'urine plus ou moins complètes, la miction par regorgement qui en est la conséquence, pendant la grossesse et après l'accouchement, sources d'erreurs de diagnostic et de thérapeutique plus fréquentes qu'on ne le croirait.

La deuxième partie du travail de M. Boissard est consacrée aux troubles de la miction qui se rattachent à des états pathologiques de l'utérus et forment, pour ainsi dire, le cortège urinaire des maladies de cet organe. Parmi les *déplacements* de l'utérus, ce sont naturellement ceux qui se font directement en avant ou en arrière qui déterminent le plus de gêne; Valleix avait eu tort de simplifier trop la formule, en attribuant les troubles de la miction aux premiers et ceux de la défécation aux seconds; car la rétroversion peut amener une rétention d'urine presque complète par la pression du col sur la vessie; l'auteur se croit même autorisé à avancer que, toutes choses égales d'ailleurs, ce sont les déplacements en arrière qui amènent le plus de perturbation dans l'excré-

tion urinaire, surtout si l'utérus déplacé est volumineux, chroniquement congestionné et présente un état plus ou moins marqué de prolapsus. Dans le cours du *cancer*, l'apparition des troubles urinaires, en annonçant la propagation du processus néoplasique à la vessie, constitue un phénomène important. Après avoir étudié encore les troubles de la miction dans les *corps fibreux*, la *métrite*, et passé pour ainsi dire en revue toute la pathologie utérine sans trouver presque une seule affection légère ou grave qui ne puisse à un moment donné retentir à un degré quelconque sur les fonctions de la vessie, M. Al. Boissard termine son intéressant et utile travail par la formule suivante qui lui paraît s'en dégager naturellement : « L'étude des troubles vésicaux chez la femme est le plus souvent du domaine de l'obstétrique et de la gynécologie. »

Paul Le Gendre.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 novembre 1883. — Présidence de M. Guéniot.

Présentations :

M. Verneuil présente, de la part de M. Bourdy (du Mans), une observation d'ovariotomie après vingt ponctions et suivie de succès. (Comm. M. Lucas.)

M. Richelot présente, de la part de M. Henriet, une observation de fracture de la rotule avec hémo-hydarthrose du genou chez un malade qui présentait les signes d'une ancienne paralysie infantile. (Comm. M. Richelot.)

Suite de la discussion sur le *traitement des fractures de la rotule.*

M. Verneuil présente une rotule provenant d'un malade mort dans le service de M. Lancereaux, à la Pitié.

Il s'agissait d'un malade tuberculeux qui, en tombant dans les salles, se fit une fracture comminutive de la rotule. Il fut aussitôt placé dans une gouttière, on appliqua un vésicatoire sur le genou; il y avait seulement un centimètre d'écartement.

Peu de jours après, la gouttière fut remplacée par un appareil silicaté et, en moins de trois semaines, une consolidation osseuse parfaite avait été obtenue, comme l'a montré l'autopsie, le malade étant mort de sa tuberculose peu de jours après.

Voilà donc un cas de consolidation osseuse de la rotule, obtenue sans suture des fragments et même sans ponction de l'articulation.

M. Verneuil déclare n'avoir pas trouvé, depuis vingt ans, une seule indication de cette ponction articulaire dans les cas de fractures de la rotule.

Il disait récemment que certains chirurgiens viendraient à proposer la suture des deux fragments dans la fracture du col du fémur. Un chirurgien allemand vient en partie de combler cette lacune; ce chirurgien a pratiqué la réunion osseuse dans un cas de fracture du col de l'humérus. Le malade n'est pas mort, mais le résultat a été déplorable.

M. Berger fait observer, après examen de la pièce présentée par M. Verneuil, qu'il s'agit dans ce cas d'une fracture comminutive, par cause directe. Or, on sait que dans ces fractures la tendance à l'écartement des fragments est beaucoup moins considérable que dans les fractures transversales par cause indirecte.

Il cite un cas de ce genre, une fracture de la rotule par coup de feu qui a parfaitement guéri, avec consolidation osseuse. Or, ces sortes de consolidations sont tellement rares qu'il n'en existe qu'un seul exemple au musée Dupuytren. M. Berger pense qu'il faut toujours d'abord chercher le rétablissement des fonctions par la réparation du triceps atrophié. Il repousse donc la suture primitive de la rotule. Cette opération ne lui semble indiquée que dans les cas de fractures anciennes s'accompagnant d'une telle difformité que la marche est impossible.

M. Nicaise, en voyant la pièce, ne croit pas qu'il s'agisse d'une fracture transversale ordinaire de la rotule, mais bien plutôt d'une fracture par écrasement; il y a lieu de penser que les parties fibreuses maintenaient en place les fragments; il n'y a pas de traces d'ostéite, il n'y a pas, à proprement parler, de cal. Il serait, du reste, nécessaire de faire une coupe de cette rotule pour voir s'il y a un cal ou s'il y a simplement tassement du tissu spongieux de l'os.

M. Nicaise demande à M. Verneuil si, à l'autopsie de ce malade, on a trouvé des caillots suite d'épanchement dans l'articulation, ce qui viendrait à l'appui de la ponction. M. Nicaise n'a pas trouvé l'occasion de pratiquer cette opération, mais il ne la réprouve pas.

M. Verneuil considère cette rotule comme une pièce rare. Il insiste, en outre, sur les résultats excellents obtenus dans ce cas sans le secours d'aucune opération. Il ajoute que les fractures directes sont les plus communes; les fractures par rupture musculaire, au contraire, exceptionnelles. Il répond à la M. Nicaise qu'il n'y a pas eu d'ostéite parce que le malade a été bien traité. Quant à l'épanchement sanguin, il y en a toujours dans les fractures de la rotule. Enfin M. Verneuil fera la coupe de la pièces comme le désire M. Nicaise.

M. Pozzi tient à rappeler que le cas dans lequel il a cru devoir pratiquer la suture osseuse est un cas tout à fait exceptionnel, en ce sens qu'il s'agissait d'un aliéné ne pouvant supporter aucun appareil. C'est dans ces cas seulement qu'il se montre partisan de la suture primitive et non, d'un façon générale, dans les cas de fractures récentes.

Rapport :

M. Lucas-Championnière fait un rapport en deux parties sur des communications relatives au même sujet. La première partie est consacrée à l'analyse et à la discussion de cinq cas d'hystérectomies pratiquées par M. Queirel (de Marseille); la seconde à l'examen d'observations d'hystérectomie, d'ovariotomie, pratiquées par M. le docteur Fort, à Rio-de-Janeiro.

Il y a actuellement une question à l'étude relativement à l'hystérectomie, c'est le traitement de pédicule. Lorsqu'ils ont commencé à pratiquer cette opération, Péan, Kœberlé laissaient toujours le pédicule en dehors. Les modifications apportées au traitement du pédicule dans l'ovariotomie ont engagé quelques chirurgiens à expérimenter également la méthode intra-péritonéale pour l'hystérectomie. Ils n'ont pas eu à s'en louer, et aujourd'hui Kœberlé, Péan, Spencer Wells, Bantock, etc., sont revenus à la méthode extra-péritonéale.

M. Lucas-Championnière a pratiqué quatre fois l'hystérectomie, deux fois pour des corps fibreux utérins; une fois il a eu recours à la méthode interpéritonéale et il en a obtenu un résultat déplorable; il adopte complètement l'opinion de M. Péan et croit avec lui que dans l'hystérectomie, il faut recourir toujours de préférence à la méthode extra-péritonéale et n'employer la méthode intrapéritonéale que dans des cas tout à fait exceptionnels où la première n'est pas possible.

M. Queirel communique 5 cas d'hystérectomie sur lesquels il a obtenu 3 guérisons et 2 morts. Il a toujours eu recours au même procédé et a toujours laissé le pédicule au dehors. Les principales indications de cette opération sont, pour lui, l'augmentation rapide du volume de la tumeur, les douleurs, les hémorrhagies, la gêne excessive de la marche, l'infiltration des membres inférieurs, une gêne excessive des fonctions intestinales ou vésicales.

Tout en admettant les conclusions de M. Queirel, M. Lucas-Championnière trouve qu'il exagère la facilité et la bénignité de l'hystérectomie en la comparant à l'ovariotomie. Il est impossible de comparer entre elles ces deux opérations au point de vue de la gravité, la première restant jusqu'à ce jour une opération très grave et redoutable, la seconde étant devenue une opération très facile et très bénigne dans l'immense majorité des cas. Autre différence : le kyste de l'ovaire ne pourra jamais que s'accroître, il n'y a pas de régression possible. La tumeur fibreuse, au contraire, peut se modifier heureusement dans sa marche au moment de la ménopause; la plupart des accidents peuvent s'atténuer ou même disparaître. Il ne faut donc recourir à l'hystérectomie qu'en présence d'indications formelles et pressantes.

M. Lucas-Championnière fait une courte analyse des faits adressés par M. Fort, de Rio-de-Janeiro. Sur trois hystérectomies, M. Fort a obtenu une guérison et deux morts. Il a eu recours à la méthode extrapéritonéale. Dans un de ces cas, il s'est trouvé en présence de très grandes difficultés qu'il est arrivé à surmonter heureusement.

Discussion :

M. Pozzi dit que deux questions importantes sont aujourd'hui soulevées à propos de l'hystérectomie. La question du traitement du pédicule se trouve aujourd'hui tranchée en faveur de la méthode extra-péritonéale. Il y a une autre question, c'est le mode de ligature; or il paraît démontré aujourd'hui que c'est à la ligature élastique qu'il faut

donner la préférence. Elle est surtout indispensable dans les cas où s'impose la méthode intra-péritonéale.

M. Pozzi demande à M. Lucas-Championnière ce qu'il pense de l'emploi du spray. Beaucoup d'ovariotomistes, en particulier Kœberlé, Bantock, Hegar, Howitz l'ont abandonné ou ne l'ont même jamais employé.

M. Gillette considère l'ovariotomie comme une très bonne opération, l'hystérectomie comme une très mauvaise opération. Cette dernière ne reconnaît que trois indications, une augmentation rapide du volume de la tumeur, des hémorrhagies dangereuses et des douleurs intolérables. M. Lucas-Championnière a été un peu exclusif en faveur de la méthode extra-péritonéale. La méthode intra-péritonéale n'est pas sans présenter des avantages, entre autres celui d'une guérison beaucoup plus rapide, puisqu'elle permet la réunion par première intention. Il ne faut donc pas la rejeter d'une façon absolue.

M. Gillette n'accepte pas la suture élastique d'une façon générale.

M. Terrier a pratiqué quatre hystérectomies; trois fois il a laissé le pédicule en dehors et il a eu trois succès. Toutefois il pense qu'il ne faut pas rejeter d'une façon absolue l'inclusion du pédicule dans l'abdomen. Le danger de l'hystérectomie réside dans l'hémorrhagie.

M. Terrier a toujours employé le spray.

M. Pozzi revient sur les avantages de la suture élastique qui assure d'une façon absolue l'hémostase et permet, par conséquent, d'écarter le danger dont vient de parler M. Terrier. On a reproché à la ligature élastique d'opérer une section du pédicule trop rapide; c'est là une erreur; cette section, en effet, ne s'opère que du douzième au treizième jour.

M. Lucas-Championnière reconnaît qu'il peut y avoir des indications de rentrer le pédicule dans l'abdomen, et qu'il y a des cas où il n'est pas possible de le laisser dehors. Toutefois, les chirurgiens les plus expérimentés au point de vue de l'hystérectomie, tels que Péan, Bantock, après avoir essayé de choisir, de propos délibéré, la méthode intra-péritonéale, comme pour l'ovariotomie, exécutent aujourd'hui un mouvement de recul et déclarent préférer la méthode extra-péritonéale. Quant à la ligature élastique, il est bien peu de chirurgiens qui l'emploient, ni Spencer Wells, ni Kœberlé, ni Péan, ni Bantock, ni Thornton.

Quant au spray, M. Lucas-Championnière l'a toujours employé et s'en déclare toujours partisan. Il n'a jamais constaté d'accidents qui pussent lui être attribués.

M. Pozzi cite, parmi les chirurgiens qui emploient la ligature élastique, Czerny, Oldhausen, Thiersh, Hegar, Kaltenback, Howitz, Allfeld.

Elections. — La Société procède à l'élection des commissions des prix.
Sont élus pour le prix Duval : MM. Marjolin, Périer, Richelot, Pozzi, Monod;
Pour le prix Demarquay : MM. Verneuil, Delens, Tillaux, Marchand, Le Fort;
Pour le prix Laborie : MM. Chauvel, Polaillon, Nepveu, Terrier, Gillette;
Pour le prix Gerdy : MM. Reclus, Terrillon, Desprès, Marc Sée, Lannelongue.
— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 novembre 1883. — Présidence de M. Hardy.

Correspondance :

La correspondance non officielle comprend : 1° une note manuscrite sur le *convallaria maialis et digitalis purpurea*, par M. Dujard; — 2° une lettre de M. Cadet de Gassicourt, qui se porte candidat dans la section de pathologie médicale; — 3° Une note de M. le docteur Dumas (de Cette) sur une falsification du sirop de chicorée.

Présentations :

M. Béclard présente la septième édition de son *Traité élémentaire de physiologie*.

M. Besnier présente une brochure de M. Vidal sur la *dermatose de Kaposi*.

M. Rochard présente un volume sur les eaux minérales dans les affections chirurgicales, par M. le docteur Eugène Rochard, médecin de 1re classe de la marine.

M. Maurice Perrin dépose sur le bureau les procès-verbaux de la commission technique de l'assainissement de Paris.

M. Jules Guérin, à l'occasion du procès-verbal, dit que, dans la récente épidémie cholérique d'Égypte, il était important d'établir les conditions sanitaires de la ville de Damiette, ce qu'ont fait MM. Chaffey-Bey et Ferrari. M. Chaumery a vérifié l'exactitude de ces recherches et il se trouve ainsi en formelle opposition avec la doctrine de M. Fauvel. Cette contradiction ne prouve-t-elle pas une fois de plus que le système des témoignages comme moyen d'investigation de faits relatifs à l'étiologie du choléra ne peut conduire à aucun résultat sérieux, et qu'il serait préférable de recourir à l'étude de l'évolution de la maladie épidémique et individuelle.

M. Fauvel fait observer que la réponse aux observations de M. Guérin se trouve dans le rapport officiel de M. Mahé, qui prouve l'inexactitude des faits sur lesquels s'appuie M. Guérin.

Élection :

L'Académie procède à l'élection d'un membre dans la section des associés libres. La liste de présentation portait en première ligne M. de Quatrefages; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Durand-Claye, Magitot, de Ranse et Worms.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 93, majorité 47, M. de Quatrefages obtient 44 suffrages, M. Worms 33, M. Magitot 13, M. Durand-Claye 1, 2 bulletins blancs.

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité, il est procédé à un second tour.

Le nombre des votants est de 92; majorité 47.

M. de Quatrefages obtient 59 suffrages, M. Worms 30, M. Magitot 2, un bulletin nul.

En conséquence, M. de Quatrefages est proclamé élu.

Lecture :

M. Pasteur, en son nom et au nom de son collaborateur le regretté Louis Thuillier, fait une communication sur la vaccination contre le rouget des porcs. Il a d'abord « salué la mémoire de Thuilier, ce vaillant jeune homme dont la mort a été une perte pour la science ». Après avoir organisé la vaccination anticharbonneuse en Hongrie et en Allemagne, Thuillier devait aller l'organiser en Russie, quand il a été envoyé en Égypte.

On sait que c'est à Thuillier qu'est due la découverte du microbe qui constitue la maladie connue sous le nom de *rouget* des porcs. MM. Pasteur et Thuilier sont parvenus à cultiver ce microbe, à l'atténuer et à le transformer en vaccin. Les vaccinations opérées dans divers départements, et notamment dans celui de Vaucluse, ont produit les meilleurs résultats. La maladie a fait encore cette année des milliers de victimes, mais a épargné complètement les animaux vaccinés, bien que la vaccination remontât à plus d'un an.

MM. Pasteur et Thuilier ont reconnu également que si l'élevage des lapins et des pigeons est dédaigné en Vaucluse, cela tient à ce que ces animaux y contractent le *rouget*, qui sévit chaque année sur les porcs. Les savants expérimentateurs ont constaté en outre que la virulence du microbe du *rouget* s'accroît en passant par l'organisme du pigeon et diminue en passant par celui du lapin. Il est donc possible d'atténuer le virus qui frappe une espèce en faisant passer ce virus à travers une autre espèce.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidats dans la section de thérapeutique.

Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

Séance du 9 novembre 1883.

Présidence de M. le docteur Lagneau, vice-président.

M. C. Leblanc fait hommage au Conseil du compte rendu des séances du quatrième Congrès international de médecine vétérinaire siégeant à Bruxelles.

Parmi les questions qui ont été discutées la plus importante au point de vue de la médecine humaine est celle de la tuberculose du bœuf, ou phthisie pommelière. Un des points principaux de cette question, celui de savoir si la viande d'une bête tuberculeuse pouvait sans danger être livrée à la consommation, a été résolu de la manière suivante :

« Pour que la viande et les viscères d'une bête puissent être livrés à la consommation

« il faut que, au moment de l'abattage, la maladie soit reconnue être à son début; que « les lésions ne soient étendues qu'à une petite partie du corps; que les glandes lymphatiques se montrent encore exemptes de toute lésion morbide de la pommelière; que les « foyers tuberculeux n'aient pas encore subi de ramollissement; que la viande présente « les caractères d'une viande de première qualité et que l'état général de la nutrition ne « laisse rien à désirer au moment où l'animal a été sacrifié.

« Le lait d'animaux atteints ou suspects de phthisie pommelière (tuberculose) ne peut « être employé ni pour la consommation de l'homme, ni pour celle de certains animaux. « La vente de ce lait doit être sévèrement défendue. »

Le Conseil approuve ensuite divers rapports présentés par MM. Bouchardat, Voisin, Bourgoin, Dujardin-Beaumetz, Schutzenberger, Lancereaux, Loiseau, relatifs à divers établissements classés.

M. le docteur Voisin donne lecture d'un rapport concernant un cas présumé de rage observé sur un enfant de 7 ans qui avait été mordu par un chien au bras droit, à travers ses vêtements, au mois de septembre dernier. La plaie n'avait pas été cautérisée. Les symptômes qui se sont présentés pendant la durée de la maladie ont amené M. le Rapporteur à conclure à l'hydrophobie rabique. Cependant, les observations faites après la mort ont démontré qne les méninges étaient congestionnées, et MM. Pasteur et Dujardin-Beaumetz n'ont jamais constaté pareil fait dans les autopsies assez nombreuses auxquelles ils ont assisté. La lecture de ce rapport donne lieu à diverses autres observations de MM. C. Leblanc, A. Ollivier, Dujardin-Beaumetz et Pasteur, qui, en ce moment même, poursuit ses expériences à ce sujet.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 9 au 15 novembre 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 985. — Fièvre typhoïde, 31. — Variole, 6. — Rougeole, 7. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 44. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 51. — Phthisie pulmonaire, 189. — Autres tuberculoses, 10. — Autres affections générales, 56. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 59. — Bronchites aiguës, 38. — Pneumonie, 65. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 46; au sein et mixte, 21; — inconnues, 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 85; circulatoire, 85; respiratoire, 65; digestif, 41; génito-urinaire, 16; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulat. et muscles, 12. — Morts violentes, 27. — Causes non classées, 6.

Résumé de la 47e semaine. — Le service de la statistique municipale a reçu, pendant la semaine actuelle, notification de 985 décès (au lieu de 964 pendant la semaine précédente).

La comparaison des chiffres de cette semaine et de ceux des semaines précédentes, montre que, sauf la Diphthérie, les maladies épidémiques sont restées à l'état stationnaire.

La Fièvre typhoïde (31 décès au lieu de 38 pendant la semaine précédente), n'avait présenté pendant la semaine dernière qu'une aggravation passagère; elle est revenue à un taux à peu près normal.

Nous constatons encore cette semaine la rareté de la Variole (6 décès au lieu de 3), de la Rougeole (7 décès au lieu de 11), de la Scarlatine (1 décès au lieu de 0; il n'y avait pas eu de décès dû à cette fièvre depuis cinq semaines) et enfin de la Coqueluche (6 décès dans chacune des trois dernières semaines), qui avait régné à l'état épidémique pendant l'été dernier et qui est devenue progressivement fort rare.

La Diphthérie au contraire augmente régulièrement de fréquence depuis quatre semaines; nous avons compté successivement 27 décès diphthériques pendant la 44e semaine; 34 pendant la 45e; 43 pendant la 46e et enfin 44 pendant la semaine actuelle. Nous devons craindre que l'épidémie ne grandisse, car les hôpitaux ont reçu pendant la semaine dernière 30 diphthériques, au lieu de 19 pendant la semaine précédente.

L'Erysipèle (9 décès au lieu de 5) qui est toujours une maladie peu meurtrière, a subi une légère recrudescence depuis trois semaines.

La Bronchite des jeunes enfants (38 décès au lieu de 25 pendant la semaine dernière et 38 pendant la précédente), augmente lentement de fréquence à mesure que nous entrons en hiver. La Pneumonie (65 décès pendant chacune des deux dernières semaines) reste stationnaire. L'Athrepsie des jeunes enfants devient de plus en plus rare (69 décès au lieu de 77).

On a notifié au service de statistique la célébration de 404 mariages et l'inscription de 1,150 naissances (574 garçons et 576 filles) dont 823 légitimes et 327 illégitimes; parmi celles-ci 59 ont été reconnues immédiatement par l'un des deux parents au moins.

Dr Jacques BERTILLON,

Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT DU 29 NOVEMBRE AU 1er DÉCEMBRE 1883.

Jeudi 29. — M. Dutheil : Etude sur une forme particulière de la poche des eaux (poche en sablier.) (Président, M. Laboulbène.) — M. Dhourdin : De la coxalgie cotyloïdienne; des lésions de la cavité cotyloïde dans la coxalgie. (Président, M. Le Fort.) — M. Ducasse : De la péritonite par perforation intestinale dans le cours de la fièvre typhoïde. (Président, M. Peter.) — M. Guedeney : De la folliculite péri-uréthrale blennorrhagique chez la femme. (Président, M. Ball.)

Vendredi 30. — M. Planteau : De la guérison spontanée de la pustule maligne. (Président, M. Verneuil.) — M. Massaloux-Lamonnerie : Des manifestations oculaires de la syphilis héréditaire tardive. (Président, M. Fournier.)

FORMULAIRE

LINIMENT CONTRE L'ECZÉMA DE L'OREILLE. — Ladreit de Lacharrière.

Chlorhydrate de morphine	0 gr. 20 centigrammes.
Huile camphrée.	30 grammes.

Faites dissoudre. — Pour combattre l'eczéma aigu de l'oreille, on fait des lotions ou des injections plusieurs fois par jour, avec de la décoction de mauve ou de pavot chaude, et aussitôt après, on applique le liniment à l'aide d'un pinceau. En même temps on prescrit l'eau de Vals ou de Vichy et les purgatifs salins. — Quand l'eczéma semble devoir passer à l'état chronique, on remplace les applications émollientes par des lotions alcalines, qu'on prépare en dissolvant, pour commencer, 4 grammes de bi-carbonate de soude dans un verre d'eau chaude. — Bains d'amidon, de gélatine ou de sulfure de sodium suivant les circonstances, abstinence d'aliments excitants. — N. G.

OPIAT ANTIGONORRHÉIQUE. — Pajot-Laforêt.

Sublimé corrosif.	0 gr 15 centigr.
Baume de copahu.	15 grammes.
Kino pulvérisé	15 —
Sucre pulvérisé.	150 —
Gomme arabique pulv.	45 —
Hydrolat de menthe pour aromatiser.	Q. s.

F. s. a. un opiat, dont vous ferez prendre 8 grammes, matin et soir. — N. G.

COURRIER

RECTIFICATION. — Dans notre numéro du 27 octobre, nous avons fait une erreur involontaire en attribuant à M. le docteur Mac Cormack la proposition faite au Conseil municipal par M. le docteur Nachtel, de créer dans Paris un service d'ambulances urbaines analogue à ceux qui fonctionnent déjà dans plusieurs villes des Etats-Unis.

HÔPITAL SAINT-LOUIS (*Cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques.*) — M. le pro-

fesseur Alfred Fournier commencera ce cours le vendredi 30 novembre, à neuf heures, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Le vendredi leçon à l'amphithéâtre (10 heures); le mardi, leçon au lit des malades.

— Un des membres de l'Association française pour l'avancement des sciences, M. Girard (de Lyon), vient de léguer à cette Société un capital d'environ 100,000 francs pour que le revenu cumulé pendant cinq ans soit employé par elle en encouragements et récompenses aux personnes qui auront le plus contribué à faire avancer la science sur la question de l'ancienneté de l'homme par rapport aux temps géologiques.

Ces encouragements devront être donnés sous la forme qui paraîtra le plus convenable à l'Association : prix en argent, contributions à des voyages de recherches ou à des fouilles.

Hôpital de Lourcine (*Cours clinique de gynécologie et de syphiliographie*). — M. le docteur L. Martineau, a commencé son cours le mercredi 21 novembre à 9 heures, et le continuera tous les mercredis à la même heure.

Association des médecins du Rhône. — La séance annuelle de l'Association des médecins du Rhône a eu lieu sous la présidence de M. Bouchacourt, le 17 novembre, à trois heures du soir, au palais Saint-Pierre, dans la salle de la Société de médecine.

54 membres de l'Association assistaient à cette réunion.

Après une allocution très-applaudie de M. le Président, M. Victor Chappet a donné au nom de M. Rochas, secrétaire, lecture d'un excellent compte rendu de la gestion administrative de l'exercice de 1882. M. Lavirotte a fait connaître la situation financière de la Société, et sur la proposition de la Commission des finances des remercîments ont été votés au trésorier de l'Association.

M. Bourland-Lusterbourg, secrétaire général démissionnaire, a été élu par acclamation secrétaire général honoraire.

M. Diday a été élu vice-président.

M. Favre, secrétaire général.

M. Lavirotte a été réélu par acclamation trésorier.

Le sort a désigné pour faire partie de la Commission administrative :

Ville de Lyon : MM. Paillasson, Ollier, Lucien Meynet, Mathieu.

Arrondissement de Lyon : MM. Aribaud, Max Simon.

Arrondissement de Villefranche : MM. Sordes, Sarrazin.

Et comme suppléants, Lyon : MM. Augagneur, Binet.

Arrondissement de Lyon, M. Dupuy.

Arrondissement de Villefranche, M. Tissot.

Association générale des médecins de France. — Bienfaiteurs de l'Association :

MM. les docteurs Contour		10,000	francs.
Hutinel		100	—
Farges, d'Angers		100	—
Léon Labbé		500	—
De Martin, de Narbonne		1,000	—
Homolle		100	—
Sarazin	(de rente)	15	—
Léon Marie	(de rente)	20	—
Machelard	(de rente)	20	—

La trichinose en Allemagne. — Dans plusieurs localités de la province de Saxe, la trichinose s'est produite d'une manière inquiétante. A Emersleben, on compte 183 personnes atteintes de cette maladie ; à Deesdorf, 80 ; à Nienhagen, 57 ; à Crottorf, 50 ; un certain nombre de cas ont été en outre signalés à Grœningen, Klein-Grœningen, Quenstedt, Schwanstedt et Wegeleben. Les décès s'élèvent jusqu'à présent à 6, mais 30 à 40 malades sont à toute extrémité. La misère est grande ; des familles entières sont alitées, et leurs parents ou leurs connaissances ont dû emmener les bestiaux qui allaient périr faute de nourriture. Une enquête judiciaire est ouverte. (*Lyon médical.*)

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Clinique chirurgicale de la Pitié

(Service de M. Verneuil.)

De l'atrophie musculaire consécutive aux fractures de la rotule (1).

Voici un fait dans lequel, quatre mois après l'accident, l'écartement n'était que de deux travers de doigt, les mouvements du genou absolument libres, mais où la marche était très difficile et les chutes fréquentes parce que le membre se fléchissait malgré les efforts du malade.

Obs. III. — Delbecq (J.), 24 ans, charretier, entre le 12 octobre 1880, salle Saint-Louis n° 32, pour une faiblesse du membre inférieur gauche qui le gêne beaucoup pour marcher.

Ecartement de deux travers de doigt entre les fragments, réunis par un cal fibreux, peu épais ; impossibilité de soulever le membre dans l'extension, le malade étant couché ; marche facile, mouvements libres, mais chutes fréquentes ; le membre se fléchit involontairement, sans que le malade puisse s'y opposer ; diminution évidente du volume du membre malade, comparé au membre sain, à la vue et à la palpation ; cuisse flasque. On sent à peine la contraction du vaste externe, point celle du droit antérieur.

Mensuration.	Membre malade.	Membre sain.
Cuisse, 20 cent. au-dessus de la rotule.	44 cent. 0	47 cent. 5.
Jambe, 10 cent. au-dessous —	36 — 5	39 — 5.

Le malade reste dans le service jusqu'au 20 novembre. On fait tous les deux jours une séance de faradisation.

Mensuration le 16 novembre.

	Membre malade.	Membre sain.
Cuisse, 20 cent. au-dessus de la rotule.	45 cent.	47 cent. 5.
Jambe, 10 cent. au-dessous —	37 —	39 — 5.

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 29 novembre.

FEUILLETON

CAUSERIES

La science en Allemagne et en France. — La fièvre typhoïde, ses divers traitements et la doctrine Pasteur à l'Académie de médecine.

Les derniers numéros de la *Revue scientifique* contiennent deux articles que nous avons lus avec le plus grand intérêt. C'est d'abord une critique très bienveillante de la science allemande accompagnée d'une critique très malveillante et non moins injuste de la science française, par un soi-disant savant américain, et ensuite une réfutation aussi juste que ferme et digne de ces critiques par M. Charles Richet.

L'auteur de l'article américain, que nous ne connaissons pas, nous paraît mal renseigné sur l'état actuel de la science en général. Il a cela de commun, d'ailleurs, avec beaucoup de ses compatriotes qui, jugeant des progrès et de l'importance scientifiques de l'Allemagne par le nombre des travaux qui y naissent, se figurent que hors de ce pays il n'y a pas de science possible. D'après lui, toutes les idées originales en sortent ; le savant allemand entraîne dans son orbite les savants de tous les autres pays, la France exceptée ; il sait tout, « il a le sentiment très juste et très fin des problèmes qui sont à l'ordre du jour, des questions à résoudre, des découvertes à tenter, des lacunes à combler. »

Mais qu'a donc fait de toutes ces qualités la savante Allemagne ? Qu'a-t-elle inventé depuis qu'elle tient le sceptre de la science ? M. Charles Richet n'a pas cru devoir

Le membre malade ne peut encore se soulever seul au-dessus du lit, mais il y reste dans l'extension lorsqu'on l'a mis dans cette position. Un peu plus de fermeté de la masse musculaire. D... se sent plus solide sur les jambes.

L'impotence fonctionnelle, due à la même cause, n'était pas moindre dans le cas suivant, 15 mois après la fracture.

Obs. IV. — Pellé (Eugène), camionneur, 30 ans, entre le 3 avril 1880 à la Pitié, salle Saint-Louis, n° 5, pour un écrasement des orteils. On constate en même temps une ancienne fracture transversale de la rotule gauche, datant de quinze mois.

Cette fracture avait eu pour cause une chute du haut du camion et s'était accompagnée d'un écartement assez considérable des fragments qu'on avait combattu en vain par un traitement de quatre mois et demi, avec application, entre autres moyens, des griffes de Malgaigne. Cependant le malade put marcher et reprendre ses occupations. Mais la faiblesse musculaire, peu marquée alors, augmenta de plus en plus, et au moment de l'accident, qui nécessita l'entrée à l'hôpital, elle gênait beaucoup les fonctions du membre.

L'écartement actuel des fragments, réunis par un cal fibreux, est de plus de 3 centimètres ; les tissus péri-articulaires sont légèrement épaissis ; les mouvements du genou sont libres, mais l'extension et l'élévation du membre au-dessus du lit sont impossibles. La cuisse gauche est molle, aplatie, diminuée de volume, surtout à la partie antérieure, dont le muscle a presque disparu.

La mensuration du membre a donné :

	Gauche.	Droite.
Cuisse, 20 cent. de la rotule.	47 cent.	52 cent.
Jambe, 10 cent. —	38 —	41 —

On se proposait de faradiser les muscles de la cuisse, lorsque le malade, guéri de la plaie des orteils, sortit le 15 avril (1).

La gêne de la marche, les flexions brusques du membre au moment où le malade s'y attend le moins, la difficulté de la station debout, les chutes fréquentes et involontaires, ne sont pas les seuls accidents que M. Verneuil attribue à l'atrophie du triceps. Il accuse encore cet épiphénomène des fractures de la rotule de prédisposer le sujet à de nouvelles fractures, soit

(1) M. Christin dans sa thèse, *De la paralysie et de l'atrophie des muscles de la cuisse dans quelques affections du genou,* dit que ce malade était encore en traitement à la Pitié à la fin de juin, ce qui est une erreur.

énumérer toutes ces découvertes, et pour cause, car nous serions aussi absolument incapable de le faire. Les Allemands ont élevé les études scientifiques à la hauteur d'une institution... militaire ; ils ont des laboratoires, des recueils en nombre beaucoup plus considérable que nous ; leurs travailleurs sont *légion*, comme dit si bien M. Ch. Richet. Mais qu'ont-ils produit ? Ils connaissent les problèmes à l'ordre du jour, soit ; mais qui les a posés, ces problèmes ? Les découvertes à tenter ; mais qui les leur a indiquées ? Les lacunes à combler ; mais comment savent-ils qu'elles existent ? Parce que d'autres ont étudié avant eux les questions qu'ils approfondissent plus tard, et ces autres, nous pouvons le dire avec un légitime orgueil, étaient pour la plupart des savants français.

M. Ch. Richet cite dans la science générale, MM. de Lesseps, J.-B. Dumas, Pasteur. Nous pourrions encore ajouter une longue liste à ces noms. Cl. Bernard et Broca ne sont pas morts depuis si longtemps, qu'on les ait déjà oubliés ; et Dieu merci, il en est encore beaucoup, et de bien vivants, qui tiennent haut et ferme le drapeau de la science française en chimie, en physique, en histoire naturelle, en médecine et en chirurgie, devant les savants allemands.

La science allemande, l'auteur américain se plaît à le reconnaître, manque d'ordre et de netteté ; les savants allemands sont de médiocres écrivains, incapables trop souvent de rédiger un mémoire ; ils sont presque toujours diffus à l'excès et obscurs.

Mais qu'est-ce donc que cette science qu'on ne peut présenter avec clarté, ordre et méthode, qui est diffuse à l'excès et obscure ? Qui donc peut en profiter ?

Ce qui se conçoit bien s'énonce clairement,

et inversement, ce qui est rempli d'obscurité n'a pas été conçu nettement, et il y a gros

dans les chutes auxquelles il est exposé, soit dans les efforts qu'il fait pour les éviter.

On peut s'étonner que le droit antérieur, étant atrophié et dans l'impossibilité de se contracter, puisse déterminer la fracture de la rotule. Mais il ne faut pas oublier qu'au bout d'un certain temps, lorsque l'état de *rétraction* a succédé à l'atrophie, le tissu musculaire devient une véritable corde solide, inextensible, qui, dans les mouvements de flexion brusque, est peut-être capable de déterminer la rupture de l'os.

Nous avons recueilli un cas dans lequel cette manière de voir nous semble trouver sa confirmation, car le malade, atteint d'atrophie du triceps depuis deux ans, fit un jour une chute, sans que le genou ait porté, à ce qu'il dit, sur le sol, et néanmoins la rotule se brisa transversalement. Voici ce fait :

Obs. V. — Lafon, Léon, 35 ans, employé, entre à la Pitié, salle Saint-Louis, n° 38, pour une fracture de la rotule gauche, le 1er juin 1880.

Cet homme, très robuste en apparence, avait déjà été soigné deux ans auparavant, dans le même service, pour une hydarthrose du genou gauche, ayant laissé après elle une atrophie du triceps avec impotence fonctionnelle assez marquée. Le malade ne pouvait marcher vite sans boiter, et la jambe gauche était en tout cas restée plus faible que la droite. Elle paraît d'ailleurs moins volumineuse.

Les deux membres, mesurés le 3 juin, donnent les résultats suivant :

	Gauche.	Droite.
Cuisse, 20 cent. au-dessus de la rotule	46 cent.	50 cent.
Jambe, 10 cent. au-dessous —	37 —	39 —

La fracture, bien qu'ayant eu pour cause un effort musculaire, sans violence directe, ramena un certain degré d'hydarthrose. On ne prit aucune précaution spéciale pour prévenir l'écartement des fragments ; on se contenta d'appliquer un appareil ouaté et de mettre le membre dans une gouttière, comme chez le malade de l'observation II.

Je ne pus mesurer de nouveau le membre que le 27 juillet, jour où on le retira d'un appareil silicaté pour l'examiner. La consolidation de la fracture avait paru plus lente que d'habitude ; l'atrophie n'avait pas sensiblement augmenté ; je ne constatai qu'une différence de 5 cent. entre les deux cuisses, au lieu de 4 un mois auparavant. La faradisation, pratiquée jusqu'à la sortie du malade, ne produisit aucun résultat. L... fut envoyé à Vincennes le 12 août.

Peut-être la rotule avait-elle participé à l'atrophie générale du droit anté-

---

à parier que ce qui pèche tant par la forme laisse fort à désirer dans le fond. C'est justement ce que nous pensons de la science allemande. Sa diffusion nous explique que les recueils scientifiques de l'Allemagne soient si nombreux et si remplis, et que les gros bataillons de fascicules publiés chaque année en aient imposé au savant américain, qui, je le crains bien, n'aura pris qu'une idée fort imparfaite de ces mémoires mal rédigés, diffus et obscurs. Il aura vu trente pages consacrées à la description des stries d'une cellule, de ses granulations, à l'analyse chimique des excréta, comme notre spirituel confrère M. J. Cyr l'a raconté dans ses « Aventures d'un diabétique », et, émerveillé de toute cette réthorique, il se sera écrié : Quels savants ! quels..... Rappelez-vous le cabinet de M. Piperlin.

Par contre, l'auteur américain veut bien reconnaître que les articles scientifiques français sont bien écrits, le sujet fort bien classé, que tout y est parfaitement net ; mais nous présentons des vues générales qui dépassent le but à atteindre. C'est pourquoi nos travaux sont tenus en suspicion par les étrangers. On pourrait s'arrêter à réfuter cette assertion si elle n'était précédée de deux autres tellement fausses que l'on est porté malgré soi à sourire et à ne plus tenir compte de la teneur dudit article.

En effet, notre confrère anonyme nous accuse de n'avoir qu'une connaissance imparfaite, incertaine, de ce qui se fait à l'étranger, de nous désintéresser des recherches originales qui se font au delà de nos frontières, de ne rien faire de nouveau, d'être fort en arrière du grand mouvement de ces dernières années. M. Ch. Richet a si bien réfuté ces allégations que nous n'avons rien à y ajouter. Nous répondrons avec lui : Jamais on ne s'est tant occupé des travaux allemands que dans ces vingt dernières années ; voyez nos analyses, nos traductions de ces travaux, nos revues. Les comptes rendus de nos

rieur, et sa solidité s'en était-elle ressentie. M. Verneuil le pense, et tout porte à le croire. Mais la rétraction du muscle atrophié depuis longtemps est une manière de voir qui ne répugne nullement à l'esprit et dont l'action s'ajouterait parfaitement à la faiblesse de l'os pour en déterminer la rupture.

D'ailleurs c'est probablement à cette rétraction qu'il faut attribuer dans certains cas le retour des mouvements ou du moins de la solidité du membre à la suite de fractures de rotule datant de plusieurs années. On sait, en effet, que la gêne fonctionnelle, très marquée au début des tentatives faites pour marcher et assez longtemps après, diminue au bout d'un certain temps, sans qu'on puisse attribuer cette amélioration à la solidité plus grande du cal, qui tend au contraire à s'allonger. Le triceps peut, il est vrai, par l'exercice naturel, reprendre peu à peu son volume et recouvrer ses fonctions; mais quelquefois, au contraire, l'atrophie s'accuse de plus en plus. Il semblerait donc que la coïncidence de ces divers phénomènes : d'une part l'atrophie, la disparition même du droit antérieur et l'écartement des fragments de la rotule, d'autre part le retour de la solidité du membre, puisse pendre en certains cas de la rétraction du droit antérieur.

Voici une observation qui semble le prouver :

Obs. VI. — Danneberger, 60 ans, entre, le 27 janvier 1881, salle Saint-Louis, nº 62, à la Pitié.

En 1861, ce malade s'est fracturé la rotule droite.

Il resta quarante-huit jours dans le service de Velpeau, avec un appareil à griffes, puis dix-huit jours avec un appareil plâtré qu'il garda encore trois semaines à Vincennes. A cette époque, l'écartement était à peine visible; le genou resta raide pendant trois mois.

Depuis lors, le malade porta de lourds fardeaux, peu à peu les mouvements se rétablirent et l'écartement se produisit.

Ecartement actuel de 10 centim. Cal fibreux, extrêmement mince, permettant de sentir à travers lui les surfaces articulaires du tibia et du fémur.

Atrophie musculaire très manifeste à la vue et à la palpation; la face antérieure du fémur paraît recouverte exclusivement par la peau. La cuisse gauche mesurée à 20 cent. de la rotule à 44 cent. de diamètre; au même niveau, la cuisse du côté malade n'en a que 38, soit 6 cent. de différence. Néanmoins peu d'impotence fonctionnelle. Pas de chutes fréquentes ; marche facile, sans canne; le membre est soulevé facilement du lit et maintenu dans l'extension par la contraction des vastes interne et externe pourtant

---

Sociétés savantes ne contiennent-ils rien de nouveau? Celui qui le soutiendrait encourrait bien justement le reproche d'ignorance qu'il lance contre nous. Quant à la conclusion qui a si fort effrayé M. Richet : « A aucune époque la science française n'a été aussi bas que maintenant, » nous ne pouvons que répondre : « Pourquoi donc alors les savants allemands se donnent-ils tant de peine pour réfuter nos doctrines, ou, quand ils n'y peuvent parvenir, à se les approprier sans vergogne ou à nous en disputer la priorité? » Il serait fastidieux pour nos lecteurs de leur énumérer toutes les idées scientifiques qui, parties de France, nous sont revenues d'Allemagne si bien *démarquées* qu'on a été parfois assez longtemps pour en reconnaître la véritable origine.

M. Richet fait encore remarquer avec juste raison que tout n'est pas faux dans l'opinion exprimée par le journal américain. Si le génie de quelques savants français est supérieur, si leur influence est puissante, ce n'est pas assez pour reconquérir notre suprématie d'autrefois. Nos savants sont trop peu nombreux, et leur petit nombre constitue un véritable danger pour l'avenir de la science française.

La faute en est, d'après notre éminent contrère, à ce que l'enseignement supérieur est trop pauvrement doté. On a beaucoup fait pour l'enseignement primaire, il faudrait songer maintenant aux laboratoires et à ceux qui s'adonnent à la science pure, leur créer une situation indépendante, lucrative, qui leur permît de travailler sans avoir le souci de la vie matérielle. Voilà ce qu'on donne aux savants allemands, ne pourrait-on le faire pour les nôtres? Mais il faudrait plus encore changer le cours des idées de notre jeunesse studieuse au sujet des recherches scientifiques, les leur faire aimer. Cela, malheureusement ne se fait pas en un jour, mais tous nos efforts doivent être dirigés dans ce but. Nous ne pouvons que nous associer à cette sage manière de voir.

très atrophiés et paraissant agir sur le fragment inférieur de la rotule. Claudication inappréciable ; difficulté seulement à monter les escaliers ou une échelle.

Ainsi, chez ce malade dont la fracture date de vingt ans, le cal était fibreux, très-mince, l'écartement des fragments de dix centimètres, le droit antérieur et une partie du vaste interne et du vaste externe avaient disparu, et néanmoins le membre était très solide. L'écartement ne s'est produit que peu à peu, alors que l'état du membre put permettre au malade de reprendre ses occupations, et cependant l'atrophie existait évidemment; il faut donc que le muscle, par sa rétraction progressive, ait amené la séparation des fragments tout en permettant au malade de maintenir le membre dans l'extension.

Nous avons encore recueilli à la clinique de M. Verneuil un autre fait de fracture ancienne de la rotule, mais dont les effets sont bien différents.

La fracture, survenue à l'âge de 10 ans, s'était bien réunie, puisque le cal avait à peine 2 centimètres; l'atrophie du triceps existait, mais nous ne savons quelle était son influence sur la marche, car les suites éloignées de l'accident nous montraient en outre un *genu valgum*, une luxation externe de la rotule, et une atrophie du membre en longueur, résultats évidents de la fracture ancienne.

Obs. VII. — Beaufils, 54 ans, entre salle Saint-Louis, n° 10, pour une contusion de la hanche, le 23 novembre 1880. Il présente en outre une ancienne fracture de la rotule gauche datant de l'âge de 10 ans. Il existe entre les deux fragments un cal fibreux solide, d'à peine 2 centimètres de large, mais le genou est déformé ; il est atteint de *genu valgum*, faisant un angle obtus en dedans, et la rotule est luxée normalement en dehors et appliquée à plat sur la face externe des condyles fémoro-tibiaux. Les mouvements de l'articulation sont libres, sans raideur. Atrophie des masses musculaires de la cuisse, surtout en avant, très appréciable à la vue et à la palpation.

Mensurations le 29 janvier 1881 :

	Membre malade.	Membre sain.
Cuisse, 20 cent. au-dessus de la rotule.	36 cent. 5	40 cent.
Jambe, 10 cent. au-dessous —	27 —	28 —

L'atrophie du membre porte également sur la longueur.

*
* *

Notre confrère M. E. Duval, a réuni en une brochure plusieurs articles sur les discussions qui eurent lieu l'hiver dernier au sujet de la fièvre typhoïde à l'Académie de médecine. Ces articles contiennent une critique des opinions émises par les différents orateurs, présentée sous une forme que nous ne sommes plus guère habitués à voir. On ne lira pas sans sourire cette appréciation des sentiments divers de l'Académie au sujet des discours qu'elle a entendus : « Un orateur dit que la fièvre typhoïde est une, que le traitement de la fièvre typhoïde est un, uniforme, spécifique, invariable, infaillible, immuable, universel, — l'Académie applaudit chaleureusement.

« Un autre soutient que la fièvre typhoïde est aussi individuelle, aussi particulière que le caractère de chaque malade, aussi décevante que Protée en personne, aussi changeante que les nuages du ciel et que les vagues de la mer; qu'il n'y a pas un traitement de la fièvre typhoïde, mais autant de traitements que d'*étoilas au cielo* et de *rosas au primptano*; l'Académie applaudit avec non moins de chaleur.

« M. Bouley expose sa doctrine microbienne, ou parasitaire, ou pastorienne, — l'Académie applaudit. — M. Peter cherche à démolir l'argumentation de M. Bouley, — l'Académie applaudit. — M. Bouley réexpose la doctrine et les découvertes de M. Pasteur, dont il fait un éloge lyrique, — l'Académie réapplaudit.

« M. Peter remonte à l'assaut avec plus d'ardeur; il vient *égorger*, — c'est lui qui le dit — M. Pasteur; l'Académie applaudit encore chaleureusement.

« M. Pasteur se montre, se contente de donner des démentis à M. Peter, sans daigner

Cuisse, depuis le grand trochanter jusqu'à l'interligne articulaire :

Côté malade.	Côté sain.
81 centimètres.	83 centimètres.

Jambe, depuis l'interligne articulaire jusqu'à la malléole externe :

Côté malade.	Côté sain.
37 centimètres.	38 centimètres.

Soit une différence de 3 centimètres en faveur du côté sain.
Les deux pieds avaient la même longueur.
Marche difficile, fatigante; chutes fréquentes. Impossibilité de soulever le membre.

En résumé, l'atrophie musculaire consécutive aux fractures de rotule est assez commune, puisque nous l'avons observée chez tous les blessés qui sont entrés pour cette lésion dans le service de M. Verneuil en 1880. Ce n'est pas à dire qu'elle soit constante, car nous avons vu depuis des blessés qui ne la présentaient pas.

M. Verneuil lui attribue, comme conséquences, l'impotence du membre, la difficulté de la marche et de la station debout, les chutes fréquentes, et une certaine prédisposition à de nouvelles fractures de la rotule (fractures *itératives*).

Il conseille de lui opposer comme traitement la faradisation, dont on commence l'emploi dès que la douleur traumatique, spontanée ou provoquée, a disparu du genou, les fragments de la rotule étant maintenus en contact par deux valves en plâtre rapprochées par un lien élastique. Chaque séance est de cinq à dix minutes, et renouvelée tous les deux jours.

Quelques séances suffisent pour amener une amélioration appréciable, comme on l'a vu dans nos observations. Malheureusement, les malades ont quitté l'hôpital trop tôt pour que nous ayons pu constater une guérison complète.

La faradisation paraît agir non seulement sur le muscle électrisé, mais encore sur toute la nutrition du membre, comme divers observateurs, M. le professeur Léon Le Fort, entre autres, l'avaient déjà signalé. En effet, chez tous nos malades, on n'a électrisé que le triceps, et même le droit antérieur, et néanmoins les muscles de la jambe ont augmenté de volume comme ceux de la cuisse.

---

même lui opposer des preuves..., — l'Académie applaudit toujours et à coups redoublés, dit le *Bulletin officiel*.

« En un mot, pour ne pas allonger la liste des applaudissements, l'Académie applaudit le chaud, le froid et le tiède, le blanc, le noir, le rouge, le bleu, le vert et le jaune... »

Mais prenez garde, cher confrère, de ne pas être applaudi par l'Académie; cela, je le sais, ne vous préoccupe guère. Vous ne pouvez craindre, comme Sosie, que Mercure vienne vous dire :

Comme avec irrévérence,
Parle des dieux ce maraud!

parce que le grand-prêtre de Mercure est de vos amis. Mais à votre place, je ne serais pas tranquille. — Savez-vous qu'à notre époque vous êtes le seul de votre espèce, j'entends comme critique, car on ne critique plus guère de nos jours. Ici même, Simplice, a rompu autrefois de furieuses lances contre ceux qui ne parlaient pas suivant ses goûts à la tribune des Sociétés savantes ou ailleurs; vous êtes, je le crains bien, le dernier de son école, et je vous salue en cette qualité, regrettant bien souvent, je vous l'assure, de ne pouvoir être que

SIMPLISSIME.

Lorsque l'atrophie existe depuis longtemps (quinze mois, deux ans et plus), on ne peut guère compter sur l'efficacité de la faradisation dans le traitement de l'atrophie du triceps, pas plus d'ailleurs que de tout autre muscle affecté de la même manière après une arthropathie quelconque.

L.-H. Petit.

Communication sur le choléra en Egypte et à La Mecque,

Note lue par M. Fauvel, à l'Académie de médecine, dans la séance du 20 novembre 1883.

L'objet principal de ma communication est de mettre en garde l'opinion publique contre les interprétations fautives qui ont été données au sujet des nouvelles manifestations du choléra à Alexandrie.

Ces interprétations, dont les unes se rattachent à des intérêts particuliers en jeu et dont les autres proviennent de l'ignorance ne doivent pas rester sans réponse au point de vue scientifique et de la pratique.

Prévisions justifiées. — Mais avant d'aborder ce sujet, qu'il me soit permis de rappeler à l'Académie que les prévisions exposées dans ma communication du 24 juillet dernier ont été complètement justifiées par les événements.

La marche annoncée de l'épidémie cholérique en Egypte, sa courte durée, son extinction dans un délai déterminé, ainsi que les conséquences qui en résultaient au point de vue de la préservation de l'Europe, tout cela a été vérifié de point en point.

J'y vois la preuve que ces prévisions n'étaient point de simples assertions fondées sur des vues théoriques, mais reposaient sur des lois appuyées sur une longue observation.

Je n'en veux pas dire davantage à ce sujet; je tiens seulement à constater le fait.

J'ajoute cependant qu'une autre loi a été sanctionnée par l'épidémie que vient de traverser l'Egypte, à savoir : l'immunité temporaire acquise par ce pays contre la propagation du choléra, en d'autres termes contre une reprise de l'épidémie généralisée.

Dans ces conditions, les manifestations partielles qui peuvent se produire restent stériles et localisées sur certains points.

C'est là une vérité à peu près méconnue, et dont je donnerai tout à l'heure la démonstration.

La question restée incertaine au moment de ma communication était celle de la genèse de l'épidémie qui avait éclaté à Damiette.

Mission de M. le docteur Mahé en Egypte. — L'Académie apprendra sans doute avec satisfaction que cette question de la genèse de l'épidémie a été résolue définitivement par l'enquête à laquelle s'est livré M. le docteur Mahé.

Le choléra de Damiette est d'importation indienne; le fait était déjà supposé par la plupart des médecins en Egypte, même des médecins anglais; aujourd'hui après les preuves données par M. Mahé, il ne reste plus de doute pour personne, excepté pour certains agents anglais intéressés à soutenir l'opinion contraire.

Tout ce qu'on a dit des causes d'insalubrité qui avaient fait naître l'épidémie à Damiette a été imaginé à l'appui d'un parti pris. Ni l'encombrement des canaux par des corps d'animaux putréfiés, ni l'infection des eaux potables ne peuvent être invoqués; la ville de Damiette, qui n'est point insalubre, jouissait d'un état de santé ordinaire lorsque l'épidémie y éclata, sans aucun prodrome, le 21 juin. Le choléra y avait été importé vraisemblablement par des marchands indiens venus à Damiette à l'occasion d'une foire qui se tient dans le voisinage, et peut-être aussi par les chauffeurs employés à bord des navires anglais et qui communiquaient librement avec Damiette.

Quant à la doctrine qui voulait que la maladie ne fût pas le choléra, elle n'a pas résisté un instant à une observation compétente.

M. Mahé n'a pas eu de peine à réfuter l'opinion du docteur Hunter qui, admettant que la maladie était bien le choléra indien, voulait que la présente épidémie se rattachât à celle de 1865 par une succession de cas sporadiques prenant tout à coup le caractère épidémique en 1883, sous l'influence d'une insalubrité exceptionnelle.

Or, les recherches de M. Mahé ont démontré que cette succession de cas sporadiques à Damiette n'a pas existé; que, chose curieuse, les attaques sporadiques de choléra sont rares en Egypte, plus rares qu'en Europe.

Les doctrines du docteur Hunter n'ont pas d'ailleurs trouvé créance en Egypte, et il paraît même qu'en Angleterre, elles n'ont pas obtenu de succès parmi les médecins.

Le rapport de M. le docteur Mahé sera publié *in extenso;* mais, en attendant, il m'a

semblé important de faire connaître les principaux résultats de ses recherches, en le félicitant de la manière distinguée dont il s'est acquitté de sa mission.

Je viens à la reprise récente des manifestations cholériques à Alexandrie qui ont donné lieu à tant d'interprétations erronées.

Au moment où M. le docteur Mahé quittait l'Egypte, l'épidémie cholérique touchait à sa fin partout en Egypte. Thuillier, mort le 18 septembre, était considéré comme une des dernières victimes de la maladie à Alexandrie.

Cependant, on observait dans cette ville une recrudescence de diarrhées parmi les Arabes, attribuée à l'abus des fruits; mais aucun décès cholérique cependant n'était constaté. Si bien que le consul de France à Alexandrie put annoncer par un télégramme que, le 4 octobre, aucun cas de choléra n'avait été signalé dans toute l'Egypte. Cette information ne fut pas confirmée; mais il est certain que, du 4 octobre jusqu'à la reprise du 18, quelques décès cholériques furent à peine signalés à Alexandrie. Partout ailleurs, en Egypte, l'épidémie était entièrement éteinte.

Manifestation récente du choléra à Alexandrie. — Le 18 octobre, on apprend que le choléra vient d'éclater dans une petite agglomération arabe du nom de Charby, située à l'une des portes d'Alexandrie; 7 cas étaient signalés, dont 4 furent mortels; l'un des malades vint mourir dans la ville. En même temps, plusieurs attaques étaient constatées dans des quartiers différents; c'était le début de la reprise des manifestations cholériques à Alexandrie.

Le 23 octobre, 4 décès par choléra sont signalés parmi les Européens; le 24, 9, toujours parmi les Européens; dès lors, panique, nouvelle émigration en partie dirigée vers le Caire. Les cas mortels se succèdent en ville, jusqu'à atteindre le chiffre maximum de 12 dans la journée du 27 octobre, puis ils décroissent et oscillent pour descendre, avec quelques interruptions, à 7, 6, 5, 3, 2 et 1 jusqu'au 11 novembre. A partir du 12, les dépêches restent muettes, et il est à croire que les cas ont cessé de se produire.

Ces manifestations tardives ont donné lieu à toute sorte d'interprétations fautives dont les unes, comme je l'ai dit plus haut, se rattachent à certains intérêts particuliers et les autres proviennent de l'ignorance.

On y a vu une reprise de l'épidémie générale en Egypte et l'indice de sa prolongation pendant l'hiver; d'autres ont soutenu qu'il fallait y voir la preuve de l'endémicité du choléra en Egypte.

Or, la supposition d'une reprise générale de l'épidémie tombait devant ce fait que la maladie restait limitée à Alexandrie sans se propager nulle part en Egypte, malgré des communications incessantes.

La supposition de l'*endémicité* et celle de la prolongation indéfinie de la maladie n'étaient pas plus d'accord avec la marche suivie par la reprise à Alexandrie.

Le fait est que cette reprise est restée *toute locale* et qu'elle provient de circonstances toutes locales et individuelles; il est évident que les individus atteints, soit qu'ils vinssent du dehors, ce qui est le cas pour un certain nombre, soit qu'ils aient échappé à l'influence épidémique par des mesures de séquestration, étaient particulièrement disposés à contracter la maladie, sans cependant avoir la propriété de la transmettre à la généralité de la population en vertu de l'*immunité acquise* par celle-ci.

Les nouvelles attaques d'Alexandrie sont donc restées stériles par rapport à la masse de la population égyptienne.

C'est la vérification de la loi étiologique que j'ai fait connaître dans mes précédentes recherches.

Cependant de la stérilité dont les cas en question sont frappés vis-à-vis de la population égyptienne, il n'en faudrait pas conclure que ces cas de choléra seraient sans danger pour l'Europe qui ne jouit pas de la même immunité. Ces cas pourraient y importer la maladie. De là l'importance de maintenir jusqu'à nouvel ordre toutes les mesures de précaution contre les provenances d'Egypte.

Choléra à La Mecque. — Sur ces entrefaites nous avons appris la manifestation du choléra parmi les pèlerins réunis à La Mecque pour les cérémonies du Courban-Baïram.

La maladie aurait éclaté parmi eux le second jour des cérémonies, le 14 octobre; d'autres informations font remonter les premiers cas à une date plus éloignée. Cette dernière version est la plus probable, parce que les autorités du pays cherchent toujours à dissimuler autant que possible la vérité.

Rien dans les renseignements transmis à Constantinople ne faisait prévoir cette manifestation. Aussi, loin de prendre les précautions ordinaires, voulait-on pour cette année les supprimer.

La surprise fut donc grande à Constantinople et en Egypte quand la nouvelle arriva le 30 octobre.

Il fallut recommander l'application des mesures supprimées. A Constantinople, on opina pour les quarantaines ordinaires à El-Ouedj et à Djebel-Tor. En Egypte, on reconnut que cela était impraticable, le lazaret d'El-Ouedj n'étant pas disposé pour recevoir immédiatement les pèlerins, et alors il a été décidé que ceux-ci feraient quarantaine à Djebel-Tor dans des campements spacieux disposés *ad hoc*. Ce procédé laisse à désirer au point de vue de la sécurité.

Mais heureusement que cette année les pèlerins seront peu dangereux pour l'Egypte, par le fait de l'immunité acquise après l'épidémie que ce pays vient de subir.

Danger pour l'Europe du passage des pèlerins par le canal de Suez. — Mais le danger sera pour l'Europe si les pèlerins franchissent le canal de Suez et arrivent dans la Méditerranée sans précautions.

Aussi devons-nous approuver le conseil de Constantinople qui impose aux pèlerins destinés à l'empire ottoman une quarantaine sévère dans des lazarets *ad hoc* à leur sortie de l'Egypte.

Je n'ai pas besoin de dire que chez nous, sur la côte d'Afrique et en France, nos mesures sont prises pour éviter l'importation par cette voie.

Nous ne connaissons pas encore les suites de l'épidémie après la dispersion des pèlerins qui a eu lieu aussitôt après les cérémonies. Ordinairement ceux qui s'éloignent emportent avec eux la maladie qui les abandonne après un certain nombre de jours de marche dans le désert. On dit que ceux qui sont venus s'embarquer à Djeddah sont indemnes, mais il ne faut accepter cette nouvelle qu'après un plus ample informé.

La manifestation du choléra à La Mecque a donné lieu à plusieurs suppositions en rapport avec les intérêts en cause. L'intérêt anglais ne veut à aucun prix que la maladie ait été importée par les navires venant de l'Inde, et cependant nous savons combien, dans ces derniers temps, les cas de choléra ont été fréquents à bord de ces navires.

Le même intérêt s'est efforcé tout d'abord d'attribuer l'importation à La Mecque aux Nubiens, autrement dits *Takrouris*, qui sont les mendiants du pèlerinage et les principales victimes des épidémies du choléra à La Mecque.

Cette supposition a dû être abandonnée par la raison que le choléra ne règne pas dans le pays des Takrouris et qu'aucun cas de la maladie n'a été signalé parmi eux durant leur voyage.

Alors les intérêts anglais se sont rejetés sur une supposition inadmissible d'après les lois qui président à l'évolution du choléra dans les caravanes, à savoir que le choléra avait été importé à La Mecque par la caravane partie d'Egypte par la voie de terre. Or, des informations officielles nous ont appris qu'après un certain temps de voyage dans le désert, cette caravane était dans un état de santé satisfaisant.

Comment croire, après cela, que contrairement à la règle, une épidémie se soit développée dans cette caravane? Cependant la supposition a trouvé créance au conseil d'Alexandrie où les intérêts anglais sont prépondérants.

Des renseignements ultérieurs feront certainement justice de cette supposition.

La probabilité est au contraire que le choléra a été importé dans le Hedjaz cette année, comme dans les années précédentes, par des navires anglais venant de Bombay qui, ayant le choléra à bord ont, comme nous le savons, évité de subir la quarantaine instituée dans l'île de Camaran à l'entrée de la mer Rouge et se sont rendus tout droit à Djeddah où ils ont été admis en libre pratique par une connivence coupable. Voilà quelle est la probabilité.

Choléra à La Mecque plusieurs années consécutives. — La manifestation du choléra à La Mecque parmi les pèlerins plusieurs années de suite alors que la population du pays souffre peu de la maladie, soulève une autre question importante. N'est-elle pas en contradiction avec la loi de l'immunité? Il n'en est rien et on le comprendra quand on réfléchira que le personnel des pèlerins se renouvelle chaque année et ainsi ne peut jouir de l'immunité dont bénéficie, jusqu'à un certain point, la population du pays.

En attendant, les autorités anglaises de l'Inde continuent de délivrer des patentes nettes à Bombay malgré la présence constante du choléra dans ce port, prétendant qu'il n'en résulte aucun danger, au point de vue de l'importation de la maladie tandis qu'en réalité les faits observés prouvent le contraire.

J'arrête là cette communication que j'ai abrégée autant que possible et qui, je l'espère, aura été trouvée digne d'intérêt par l'Académie.

Des considérations qui précèdent se dégagent les propositions principales que voici :

1° Les prévisions émises dans ma communication du 24 juillet ont été sanctionnées par les événements;

2° Le rapport de M. le docteur Mahé tranche, dans le sens de l'affirmative, la question de l'importation du choléra à Damiette;

3° Les récentes manifestations de choléra à Alexandrie, à partir du 18 octobre, n'annonçaient pas une reprise de l'épidémie éteinte partout en Egypte, mais étaient seulement des cas dus à des circonstances locales et individuelles sans action sur la masse de la population protégée par l'immunité qu'elle a acquise.

En revanche, ces cas stériles en Egypte peuvent propager le choléra en Europe par importation.

4° L'apparition du choléra à la Mecque, plusieurs années consécutives parmi les pèlerins, n'est pas en contradiction avec la loi de l'immunité, attendu que le personnel du pèlerinage se renouvelle chaque année, tandis que la population fixe du pays souffre peu.

5° Le retour des pèlerins contaminés, peu redoutable pour l'Egypte, serait, par leur passage dans le canal de Suez, dangereux pour l'Europe si des mesures de préservation ne sont pas prises convenablement.

BIBLIOTHÈQUE

De la dermatose de Kaposi, ou *Xeroderma pigmentosum,* par E. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis (novembre 1883).

M. le docteur Vidal, un des éminents représentants de la dermatologie française, rapporte, dans ce mémoire, cinq observations d'une maladie, heureusement rare, qui n'a pas encore été décrite en France. Il s'agit de la dermatose que Kaposi, de Vienne, a décrite, dès 1870, sous le nom de *Xeroderma pigmentosum.*

Xérodermie est le terme par lequel E. Wilson a désigné d'une façon générale l'état parcheminé, l'état de sécheresse de la peau (a dry and parched skin). A ce terme générique, comme le fait remarquer Besnier, il convient d'adjoindre un qualificatif propre à déterminer l'espèce. La dénomination de *Xeroderma pigmentosum* est donc bien scientifique, au même titre que celui de *leucoplasie buccale* qui, comme la *Xérodermie pigmentaire*, se termine souvent aussi par le cancroïde. Pour notre part, nous la préférons de beaucoup à celle de « *dermatose de Kaposi* », qui ne rappelle à l'esprit qu'un fait intéressant l'historique de la maladie.

Le *Xeroderma pigmentosum* est une dermatose caractérisée par l'apparition de taches pigmentées, par la sécheresse et l'exfoliation de l'épiderme, par la formation de plaques télangiectasiques, par l'atrophie et enfin par la dégénérescence épithéliomateuse de la peau. Sa marche est essentiellement chronique.

Telle est, en résumé, l'affection à l'étude de laquelle s'attachent les noms de Kaposi, de Glax, de Geber en Allemagne, de Taylor et de Duhring en Amérique, de Vidal en France.

C'est une maladie de famille, se manifestant dès le premier âge, dans le cours de la première ou de la deuxième année, sur plusieurs frères et sœurs, mais atteignant presque exclusivement, dans une famille, les enfants d'un même sexe. Dans les cas de Taylor, il s'agit de 3 filles d'un même père et d'une même mère; ceux de Ruder se rapportent à 7 frères, tous malades, les 5 sœurs ayant la peau parfaitement saine. Les 5 faits de Vidal ont été observés dans deux familles :dans l'une, ce sont les deux sœurs; dans l'autre, ce sont les trois frères qui sont atteints.

Ce sont toujours les régions du corps habituellement découvertes et exposées à l'air et à la lumière, qui sont xérodermiées. Ici donc, comme dans la pellagre, par exemple, les rayons solaires semblent agir comme cause occasionnelle, l'innéité constituant la cause prédisposante indispensable à la venue du mal.

Au début, la peau de la face, du cou, des mains et de l'avant-bras se couvre de rougeurs analogues à celles que provoque un *coup de soleil.* Tantôt la teinte rouge est diffuse et étalée en larges plaques; tantôt ce sont des taches rouges ressemblant à celles de la *rougeole*, au point que l'erreur de diagnostic a été signalée.

A ces taches rouges succèdent des macules pigmentées de couleur fauve, qu'on croit être de simples *taches de rousseur.* Toutefois leur nombre et leurs dimensions doivent paraître insolites.

Cette pigmentation est le fait capital du début de l'affection, car parfois elle survient primitivement, et sans avoir été précédée de l'érythème.

Les taches pigmentées varient du volume d'une tête d'épingle à celui d'une lentille. Cette pigmentation, d'une teinte bistre remarquable, s'accentue de plus en plus. Ce sont les taches les plus larges dont la teinte se rapproche le plus du noir. La peau est littéralement criblée de ces lentigines.

L'*urticaire pigmentaire* (*urticaria pigmentosa*) pourrait simuler la première période du *Xeroderma*, mais elle est répartie sur toute la surface du corps; le prurit qu'elle détermine suffit d'ailleurs pour la distinguer, puisque la xérodermie ne s'accompagne d'aucun trouble de la sensibilité cutanée. Il n'y a, du reste, ni au début, ni plus tard, dans le *Xeroderma*, aucun symptôme général.

A la seconde période, la peau se sèche, se tend, s'amincit, prend par place l'aspect cicatriciel, devient blanche, luisante, se marbre de télangiectasies et prend un *aspect bariolé* tout à fait caractéristique. Après que la peau a été ainsi altérée pendant quatre, cinq ou six ans, elle devient le siège de tumeurs épithéliomateuses multiples, disséminées çà et là. Et, en effet, c'est la transformation cancroïdale de la peau qui constitue la période d'état, le troisième et dernier stade du processus xérodermique, la pigmentation et la sécheresse ne constituant que le prélude. C'est l'apparition de tumeurs épithéliomateuses fongueuses ou végétantes qui vient compléter ce tableau morbide déjà si spécial. Cette évolution se fait d'ailleurs très lentement. Tel est le cas, relaté par Heitzmann, d'un homme de 40 ans, qui commence à être malade vers l'âge de 8 ou 9 ans. Telle est encore la belle observation de Duhring où il est question d'une jeune fille de 17 ans, dont l'affection débuta à l'âge de six mois par des taches de rousseur. Cette apparition précoce des lésions avait fait croire à tort à Geber que le xeroderma était une variété de nœvus.

Aux 26 observations connues, réunies dans le mémoire de Neisser, Vidal apporte 5 nouveaux faits, les premiers qui aient été observés en France et pour l'étude détaillée desquels le médecin de Saint-Louis dut faire le voyage des Pyrénées.

Il faut lire ces observations si complètes et si instructives, qui sont suivies d'un tableau comparatif des 31 cas analysés jusqu'à ce jour. Tous ont abouti à l'épithélioma; la plupart ont emporté les jeunes malades de la dixième à la treizième année, en dépit de l'usage de l'iodure de potassium, de l'huile de foie de morue, de l'arséniate de soude, du chlorate de potasse et de nombreux topiques.

L'étude de la xérodermie pigmentaire présentée par Vidal est remarquable par la précision et peut être considérée comme un modèle de description clinique. L'anatomie pathologique, toutefois, n'a pas été délaissée; on peut la résumer ainsi : à part la couche cornée qui est épaissie, l'épiderme est aminci dans son ensemble. Le derme est atrophié aussi, surtout aux dépens de son tissu conjonctif qui semble remplacé par du tissu élastique. Dans la région papillaire se montrent des amas de pigment. Les anses vasculaires ont disparu des papilles; çà et là se voient des vaisseaux dilatés.

Dans l'épaisseur même du derme, on peut trouver des nodules épithéliomateux développés aux dépens des glandes. Quant aux caractères histologiques des tumeurs végétantes et fongueuses qui, d'abord superficielles, gagnent ensuite en profondeur et en surface, ce sont, pour la plupart, ceux de l'épithélioma lobulé, et, pour quelques-uns seulement ceux de l'épithélioma tubulé.

Kaposi et Neisser admettent que l'irritation chronique et la suractivité prolongée de la couche papillaire aboutissent à l'épithéliome dans la xérodermie pigmentaire comme dans certains eczémas chroniques de l'anus, les vieux ulcères ou quelques nœvi, qui, longtemps inoffensifs, dégénèrent finalement. Mais ces transformations cancroïdales qui, dans ces derniers cas, sont l'exception, forment la règle pour le xéroderma. C'est ce que fait remarquer avec raison Vidal, qui rapproche ces dermatoses à dégénération constante de certaines *leucoplasies linguales*, si improprement désignées par Bazin sous le nom de psoriasis buccal. L'exfoliation épithéliale dure pendant de longues années, dix ans, quinze ans, vingt ans même, puis l'épiderme s'épaissit, devient rugueux, râpeux, comme corné. Or, ce tylosis est déjà le premier degré du cancroïde qui se manifestera, soit sous la forme d'épithélioma papillaire, soit sous celle de tumeur cancroïdale.

« Chez un malade, sur lequel, dit M. Vidal, j'ai compté, tant sur la tête que sur le corps, 62 plaques d'épithélioma, dont quelques-unes très superficielles étaient assez fortement pigmentées, les premières manifestations remontaient à près de quinze années, sans qu'aucun ganglion parût altéré, sans apparance qu'aucun autre organe que la peau fût atteint de carcinome. C'était un de ces cas d'affections cancroïdales dont l'étude, comme celles de plusieurs variétés d'épithéliomas glandulaires, comme celle des épithéliomas secs (épithéliomas perlés), et j'ajouterai comme celle de l'épithélioma débutant par le *xeroderma pigmentosum*, est loin d'être terminée. »

Nous avons tenu à transcrire toute cette remarque parce qu'elle attire l'attention sur

cette variété d'épithéliomas multiples qui pourraient si facilement (si l'on ne savait que l'épithélioma peut avoir des manifestations nombreuses et disséminées sur la peau à la façon d'une éruption) être prises pour des lésions syphilitiques ou lupiques.

On aurait eu tort, on le voit, de se laisser effrayer par la dénomination un peu rude du *Xéroderma pigmentosum.* Cette dermatose n'intéresse pas seulement tous ceux qui ont voué à l'étude des affections cutanées une prédilection spéciale. Il importe que tous les autres médecins sachent à l'occasion distinguer cette maladie et prévoir longtemps d'avance sa terminaison fatale et ses fâcheuses conséquences pour l'hérédité, puisqu'il est à craindre que les enfants d'une même famille n'en soient successivement atteints.

Il appartenait à M. Vidal, cet observateur si actif, de nous initier aujourd'hui à la connaissance de la xérodermie pigmentaire comme il a jadis contribué à répandre en France la notion de la *leucocythémie,* de la *lymphadénie cutanée,* du *pityriasis rosé,* des *lichens vrais,* des *dermasoses inoculables,* des *leucoplasies buccales,* des *urticaires,* du *lupus* et notamment du *lupus scléreux.* S'il s'agit cette fois d'une maladie encore incurable, nous rappellerons que M. Vidal est de ceux qui ne dédaignent pas de s'occuper des moyens de guérir, qu'il a augmenté, à plusieurs reprises, les ressources de la thérapeutique, et qu'il a été un des plus ardents propagateurs du traitement chirurgical des affections cutanées.

D[r] Barthélemy, ancien chef de clinique de la Faculté.

COURRIER

Erratum. — Dans notre numéro du 24 novembre, à la seconde page de la *Causerie* (p. 894), au lieu de : esprit classique..., il faut lire : esprit clinique.

Hôtel-Dieu. — M. le docteur Humbert, agrégé, suppléant M. le professeur Richet, commencera le cours de clinique chirurgicale le mardi 4 décembre à 10 heures du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants. Visite des malades tous les matins à 9 heures.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — La Faculté de médecine de Bordeaux vient d'élire, pour l'année scolaire 1883-1884, les deux assesseurs du Doyen et la Commission scolaire. MM. les professeurs Perrens et Coyne ont été nommés assesseurs; MM. les professeurs Layet, Masse et Viault ont été nommés membres de la Commission scolaire.

La Faculté a encore statué sur les prix à accorder aux meilleures thèses, sur un rapport de M. le professeur Pitres, fait au nom d'une Commission composée de MM. les professeurs Perrens, Viault, Lanelongue, Morache.

Une médaille d'or a été accordée à M. le docteur Bergonié, récemment nommé agrégé des sciences physiques et chargé de conférences à la Faculté de Bordeaux, pour sa thèse intitulée : *Contribution à l'étude des phénomènes physiques du muscle.*

Une médaille d'argent à M. le docteur Chambrelent pour sa thèse intitulée : *Recherches sur le passage des éléments figurés à travers le placenta, suivies de considérations sur la variole fœtale et la vaccination congénitale.*

Une médaille d'argent à M. le docteur Maubrac, ancien prosecteur de la Faculté, pour sa thèse intitulée : *Recherches anatomiques et physiologiques sur le muscle sterno-cléido-mastoïdien.*

Une médaille de bronze à M. le docteur Maurice Rivals pour sa thèse intitulée : *Recherches physiologiques et cliniques sur les modifications du retard du pouls dans les lésions de l'orifice aortique.*

Une médaille de bronze à M. le docteur Duval, médecin de 2e classe de la marine, pour sa thèse intitulée : *Gorée considéré comme foyer de la fièvre jaune au Sénégal. — Imminence de l'importation en France.*

Une médaille de bronze à M. Alfred Labat, professeur de pathologie médicale et de clinique à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, pour sa thèse intitulée : *Analogies et différences entre la fièvre typhoïde de l'homme et les affections typhoïdes des solipèdes.*

Enfin, une médaille de bronze à M. le docteur Albert Dumont, pour sa thèse intitulée : *Des tensions intra-thoraciques et de leurs rapports avec la symptomatologie et le traitement des épanchements pleuraux.*

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie FALCAN-LEVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

La suture des nerfs et la régénération chez l'homme.

Le 27 mai 1883, j'ai publié ici-même un travail sur l'innervation collatérale à propos d'un cas de résection du nerf médian. De ce mémoire et de ceux qui l'ont précédé pouvaient se tirer les conclusions suivantes :

Après la section ou la résection d'un tronc nerveux du membre supérieur, la sensibilité revient en général, au bout d'un temps plus ou moins long, dans la sphère de distribution du nerf blessé. Ce retour a lieu par des voies collatérales, et ne prouve nullement que la continuité du tronc nerveux ait été rétablie, soit par le simple rapprochement des deux bouts, soit même par la suture.

Dans les mêmes conditions, l'atrophie des muscles privés de leurs filets nerveux est fatale ; les mouvements ne reviennent pas dans la région paralysée, à part quelques faits exceptionnels où une restauration très limitée des fonctions musculaires a pu être expliquée par la disposition de certains filets anastomotiques, et deux ou trois observations de Duchenne où la paralysie et l'atrophie semblent avoir été guéries par la faradisation au bout de plusieurs années. D'une façon générale, le mouvement ne se rétablit pas, et cela pour deux raisons : les muscles n'ont pas, comme les téguments, d'innervation collatérale, et d'autre part, la régénération nerveuse n'est pas démontrée *chez l'homme.*

Beaucoup d'auteurs, ignorant l'histoire de l'innervation collatérale, ont admis la régénération du nerf blessé parce qu'ils ont vu revenir la sensibilité ; mais cela, encore une fois, ne prouve rien. Pour établir que la régénération peut être obtenue chez l'homme aussi bien que dans les expériences sur les animaux, il faudrait des observations de plaies nerveuses avec retour presque immédiat des mouvements et sans atrophie musculaire (*régénération précoce*), ou avec guérison rapide de l'atrophie et restauration fonctionnelle au bout de quelques mois. Or, c'est bien là ce qui nous manque. La suture des nerfs, opération rationnelle et contre laquelle je ne m'élève en aucune façon, a donné jusqu'ici la *cicatrisation* des deux bouts, mais non la reproduction des tubes nerveux et le rétablissement des relations entre la périphérie et les centres.

Cependant, voici un fait qui semble infirmer ce que mes conclusions avaient d'absolu et de pessimiste. M. le docteur Chrétien l'a communiqué récemment à la Société de chirurgie, en réponse à mon travail. Je suis fort heureux d'avoir provoqué cet envoi de notre distingué confrère de Nancy. Son observation méritait de ne pas rester dans l'oubli ; et, si d'autres cliniciens voulaient suivre son exemple, nous ne serions pas loin d'avoir résolu un problème du plus vif intérêt. Pour mon compte, j'appelle de tous mes vœux des faits analogues à celui-ci.

Le blessé de M. Chrétien est un garçon de 18 ans, qui s'est coupé le nerf médian au-dessus du poignet, le 29 août 1881. Suture des deux bouts au catgut ; un mois et demi après l'accident, commencement des séances d'électricité par le docteur Spillmann.

On avait noté soigneusement l'état fonctionnel au moment de la blessure. Le pouce avait perdu son mouvement d'opposition ; l'adducteur, innervé par le cubital, le rapprochait encore des autres doigts, mais la paralysie du court abducteur, de l'opposant et du court fléchisseur n'était pas niable.

Dans le courant de novembre, environ deux mois et demi après l'accident, l'opposition, encore bien imparfaite, commençait à reparaître. En saisissant les muscles superficiels de l'éminence thénar, on les sentait durcir un peu sous les doigts. Quatre mois plus tard, la main devenait plus utile et l'opposition meilleure. Enfin, au bout de dix-huit mois (janvier 1883), ce mouvement était correct et facile; toute la région se contractait visiblement, l'atrophie musculaire et la déformation du pouce avaient disparu. Pour éviter toute cause d'erreur, M. le professeur Beaunis fut prié d'examiner les muscles au moyen de l'appareil de Du Bois-Reymond, et établit avec une exactitude rigoureuse que la contraction, dans les deux éminences thénar, était sensiblement égale.

La netteté de ces résultats physiologistes, la forme de la région, la précision des mouvements ne laissaient d'ailleurs aucun doute sur la voie qui donnait passage à l'influx nerveux, et ne permettaient de supposer aucune suppléance fonctionnelle des muscles voisins ou de l'anastomose palmaire du cubital et du médian.

L'auteur conclut très justement : « La réunion, par la suture, les deux bouts d'un nerf divisé, peut *même chez l'homme* rétablir ses fonctions motrices, et cela *dans des limites d'âge* qu'un plus grand nombre de faits permettra de mieux déterminer. »

De mon côté, j'ai trouvé *un cas de suture du nerf radial six mois après sa division complète, avec restauration fonctionnelle douze mois après l'opération* (*The Lancet*, 4 août 1883). Voici l'observation en quelques mots : William C..., âgé de 13 ans et demi, a eu le nerf radial sectionné par un coup de couteau à quelques centimètres au-dessus du coude. Atrophie progressive des extenseurs, flexion du poignet, refroidissement graduel de l'avant-bras, impotence fonctionnelle absolue. Il entre à l'hôpital au bout de six mois : le 6 octobre 1881, le chirurgien fait une incision pour découvrir le nerf, dont les deux bouts sont distants de 15 millimètres; il excise le névrome du bout supérieur, avive et suture avec un fin catgut. Au bout de quinze jours, la température du membre opéré se relève, et quand le malade quitte l'hôpital, environ trois mois après l'opération, les doigts font déjà quelques mouvements. Longtemps perdu de vue, William C... est retrouvé en juillet 1883 : les muscles n'ont pas repris tout leur volume, mais les mouvements d'extension du poignet et des doigts s'exécutent avec autant de précision que du côté opposé; l'amélioration semble avoir commencé douze mois après la suture.

Les deux faits qui précèdent me paraissent fort démonstratifs; celui de M. Chrétien surtout est entouré des meilleures garanties. Chez ces deux blessés, la régénération du nerf n'a pas été précoce, puisqu'elle a demandé douze et dix-huit mois pour s'accomplir. Néanmoins ce retour fonctionnel, continu, progressif, a débuté peu de semaines après la blessure chez le malade opéré de bonne heure, et chez tous deux s'est achevé en moins de deux années : c'est encore un beau succès pour une aussi grave lésion.

Il faut noter l'âge des sujets : dix-huit ans et treize ans et demi. Dans les expériences, la régénération n'est obtenue que sur des animaux jeunes; sans doute, il faudra nous contenter de ne pas faire mieux chez l'homme.

Enfin, quel rôle a joué la suture, cette opération qui nous a donné jusqu'ici tant de déboires? Si on se fût contenté, ce qui suffit chez les animaux, de mettre les deux bouts en présence et plus ou moins rapprochés, eût-on réussi de même? Il est permis d'en douter, même en supposant que la plaie se fût réunie sans suppuration, et il semble difficile de ne pas mettre à l'actif de la suture la meilleure part du succès.

Concluons en félicitant nos confrères, et en appelant de nouvelles observations.

L.-G. RICHELOT.

Réflexions cliniques sur les fractures anciennes de la rotule,

Par Lucien Picqué.

Pendant la durée de notre clinicat à l'hôpital de la Charité, notre excellent maître, M. Berger, a eu l'occasion de nous faire remarquer à diverses reprises le peu d'influence qu'exercent dans certains cas les cals fibreux étendus de la rotule sur les fonctions du membre inférieur.

M. Richelot, dans une discussion récente de la Société de chirurgie, est venu insister sur l'importance qu'il faut accorder à l'atrophie du triceps pour interpréter ces cas en apparence contradictoires. Pour cet auteur, le trouble fonctionnel est le plus souvent une conséquence, non de la pseudarthrose, mais bien de l'atrophie des muscles extenseurs; et il a rappelé deux malades observés par lui à l'Hôtel-Dieu, dont l'histoire vient à l'appui de cette opinion.

Mais, en dehors de l'atrophie musculaire, il est d'autres causes qui peuvent aboutir au même résultat. M. Berger, dans son remarquable article du *Dictionnaire encyclopédique*, insiste sur la rupture étendue des attaches inférieures du triceps et du surtout ligamenteux de la rotule. En effet, cet appareil ligamenteux complexe reçoit d'une part l'insertion des fibres musculaires du triceps, et de l'autre va s'insérer à la fois au ligament rotulien, aux tubérosités tibiales, au péroné et même aux ligaments latéraux de l'article. S'il en était autrement, on ne comprendrait pas la possibilité de l'extension après une solution de continuité portant sur la rotule. Mais on conçoit, d'autre part, que la conservation de ce mouvement doit être en raison inverse de la déchirure de cet appareil fibreux; en d'autres termes, moins i sera intéressé, plus l'extension conservera d'étendue, et dans les cas de vaste déchirure, ce mouvement doit être fort diminué, même sans atrophie musculaire. Or, un écartement considérable des fragments comportant en général une assez vaste déchirure du surtout rotulien, on conçoit encore que cet écartement donne souvent, jusqu'à un certain point, la mesure du trouble fonctionnel; et il ne faut pas, tout en faisant une grande part à l'atrophie, nier absolument l'influence de l'écartement.

Du reste, il faut distinguer dans la gêne fonctionnelle ce qui appartient à l'extension du membre et ce qui appartient à la marche. Quoique nous ne voulions pas ici nous aventurer sur le terrain de la physiologie, nous ferons simplement remarquer que des malades peuvent détacher avec peine le talon du lit et cependant fournir des marches prolongées, courir, monter à cheval, etc. Tels sont les cas rapportés par M. Berger dans son article Rotule. Quelques-unes de nos observations viennent confirmer cette manière de voir.

On pourrait à la rigueur, pour expliquer ces faits, invoquer, comme Morel-Lavallée l'a fait à la Société de chirurgie en 1862, le rôle des gastrocnémiens et des extenseurs du pied sur la jambe, maintenant le genou en arrière par leur extrémité supérieure, et assurant de la sorte l'extension dans une certaine mesure.

Reste une troisième cause d'impotence fonctionnelle; c'est l'ankylose consécutive à l'arthrite. On comprend *a priori* que, dans les fractures par cause directe, la contusion articulaire, en général assez prononcée, produise par l'arthrite intense qui en est la conséquence une raideur très gênante. C'est ce que l'on voit en clinique, et la fracture par cause directe est, sous ce rapport, d'un pronostic plus grave que la fracture par contraction musculaire.

Obs. I. — Le nommé R..., Auguste, 42 ans, maçon, entre à l'hôpital de la Charité le 1er octobre 1883, salle Sainte-Vierge, nº 20, pour une fracture du *péroné droit*.

Le malade nous raconte qu'il a fait un faux pas dans la rue et se présente à nous avec une fracture par arrachement de l'extrémité inférieure du péroné, n'offrant aucune particularité intéressante.

En 1872, il a fait une chute de sa hauteur; son genou a porté sur une pierre; la *rotule droite* s'est fracturée transversalement. La fracture, au dire du malade, était compliquée de plaie; nous ne savons si cette plaie était pénétrante, mais nous sommes peu disposé à l'admettre, en raison du peu de gravité des accidents consécutifs.

Entre les fragments, il existe un écartement de 3 travers de doigt, qui va jusqu'à 4 dans la flexion; les condyles fémoraux sont sous la peau, on en peut reconnaître tous les détails.

La mobilité latérale des fragments est considérable dans l'extension.

Il y a 4 centimètres d'atrophie au niveau de la cuisse, dans son tiers inférieur. Pas de craquements.

La marche est excellente; malgré son rude métier, il se fatigue à peine et détache facilement le talon.

Obs. II. — Le nommé D..., Félix, 42 ans, cantonnier, entre le 8 mars 1883, salle Sainte-Vierge, n° 27, dans le service de M. Berger pour une plaie contuse du cuir chevelu.

Le malade présente une fracture ancienne de la rotule qui remonte à quinze ans.

Dans l'extension, les fragments présentent un écartement de 2 travers de doigt, qui va jusqu'à 4 dans la flexion.

Pas d'atrophie du triceps. Pas de craquement. Le sujet, qui est cantonnier, n'éprouve pas la moindre gêne fonctionnelle.

Obs. III. — Le nommé G..., Albert, 55 ans, concierge, entre le 17 octobre 1882, salle Sainte-Vierge, n° 36, dans le service de M. Berger, pour une fistule calleuse de l'anus.

Ce sujet, qui est paralysé depuis deux ans, nous raconte avoir eu une fracture de la rotule il y a douze ans.

Il y a eu consolidation à l'aide d'un cal fibreux présentant 2 travers de doigt de longueur dans l'extension, et qui permet un écartement de 4 dans la flexion. Le triceps présente 2 centimètres d'atrophie. Pas de craquements articulaires.

Au point de vue de la fonction, qu'il nous suffise de dire que le malade a pu continuer sa profession de pompier de la ville de Paris, sans éprouver la moindre fatigue, depuis l'accident (1870) jusqu'en 1877, époque à laquelle il a été régulièrement mis à la retraite.

Obs. IV. — Le nommé V..., Claude, 32 ans, garçon boucher, entre le 10 mai 1883, salle Sainte-Vierge, n° 21, dans le service de M. Berger, pour une fracture itérative de la rotule.

Il y a six ans, le malade s'est fracturé la rotule en vélocipède.

La gêne fonctionnelle était nulle. Il y a deux mois, en assommant un bœuf, il est tombé sur le genou et a dû garder le lit pendant quinze jours. Il est probable qu'il eut une simple entorse du cal, accident sur lequel a si bien insisté M. le professeur Gosselin. Depuis, le malade a encore fait deux chutes par faux pas, ce qui évidemment indique une gêne fonctionnelle notable.

A son entrée à l'hôpital, le genou est volumineux. Hémarthrose considérable. Les deux fragments sont mobiles et M. Berger n'hésite pas à porter le diagnostic de rupture du cal.

Le point intéressant de cette observation est celui-ci : Le malade, quoique ne pouvant détacher le talon du lit, marche avec facilité, et, malgré nos observations, se jette à bas de son lit pour nous montrer avec quelle aisance il peut marcher et même courir.

M. Berger pratique le 11 mai une ponction qui donne issue à deux verres de sang épais. Une compression ouatée est faite immédiatement, et remplacée au bout de trois semaines par l'appareil mis en usage par M. Gosselin.

Le malade sort guéri de l'hôpital au bout de six semaines. La marche est encore un peu chancelante. Nous ne l'avons pas revu depuis.

Un premier fait se dégage de la lecture de ces observations, c'est l'extrême facilité de la marche avec des écartements considérables.

Il est vrai que chez aucun de nos malades il n'y avait de raideur articulaire. Bien que certains d'entre eux aient eu vraisemblablement des fractures de cause directe, l'arthrite avait été chez eux peu intense.

Nous ferons encore remarquer que tous avaient des professions pénibles : l'un était pompier et nous racontait qu'il faisait les exercices les plus durs sans en être fatigué.

Au point de vue de l'atrophie du triceps : deux de nos malades l'ont pré-

sentée (obs. III et I). Chez celui de l'observation I, elle était de 4 centimètres, et cependant les troubles fonctionnels étaient nuls. Il faut en conclure que l'atrophie doit être considérable pour gêner la fonction. Du reste M. Richelot n'a-t-il pas fait remarquer qu'à défaut du droit antérieur, il reste les deux autres chefs du muscle, qui en constituent en somme la partie principale ?

Enfin, notre premier malade présentait, outre son atrophie, une déchirure considérable du ligament capsulaire, puisque l'écartement augmentait beaucoup dans la flexion et dégageait toute la partie antérieure des condyles fémoraux ; il ne restait donc de la capsule que les parties tout à fait latérales. Il en résulte qu'avec un bon triceps, même quand un des chefs est atrophié, la conservation de quelques fibres ligamenteuses paraît suffisante à assurer l'extension, complétée encore par les muscles du mollet.

En résumé, c'est surtout à l'action combinée de ces causes (atrophie musculaire, déchirure ligamenteuse) qu'est due la gêne fonctionnelle. On peut cependant admettre qu'une de ces causes puisse entraîner à elle seule la perte de la fonction; il faut alors que la lésion soit portée à son dernier degré sur le muscle ou sur les ligaments, c'est-à-dire que le muscle soit atrophié entièrement, ou que la déchirure du ligament soit totale.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 novembre 1883. — Présidence de M. Blanchard.

M. Marcel Deprez adresse une note sur le synchronisme spontané de deux organes électriques placés dans le voisinage l'un de l'autre.

M. Stanislas Meunier envoie une note relative à la théorie des volcans. La rétraction du noyau central détermine des fissures dans les roches de l'écorce terrestre, et, par ces fissures, l'eau des océans s'infiltre jusqu'à la rencontre des masses en ignition. D'où les éruptions aux points où la résistance est la plus faible.

M. Pasteur donne lecture d'une note sur l'atténuation des virus par le passage des microbes d'une espèce animale chez une autre espèce. Le commencement de cette note est consacré au panégyrique de l'infortuné Thuillier qui a succombé en Egypte le 19 septembre dernier.

M. Hatton de la Goupillière se porte candidat pour la section des académiciens libres, en remplacement de M. de la Gournerie, décédé. M. le président annonce que lundi prochain, l'Académie devra nommer la commission chargée d'examiner les titres des nombreux candidats à la place d'académicien libre.

La commission sera composée ainsi : deux membres de la section de physique, deux de la section des sciences mathématiques, deux de la section des académiciens libres, et le président de l'Académie en exercice.

M. de Lesseps dépose sur le bureau l'observation des mouvements de la mer à Colon, au moment de la catastrophe de Java.

M. Faye ajoute que l'onde produite par le soulèvement du détroit de la Sonde, a été constatée à Rochefort, quarante heures après, ayant parcouru 360 milles à l'heure, soit sensiblement 580 kilomètres ou 145 lieues ordinaires.

M. Paul Bert, au nom de M. le docteur Cook (?), communique une note sur la rapidité des transmissions visuelles, auditives et tactiles.

Les premières sont les plus rapides. Nous donnerons, dans notre prochain Bulletin, les chiffres exacts de ces déterminations délicates, ainsi que le nom de l'auteur rectifié s'il y a lieu.

M. J. Jeannel transmet, par l'intermédiaire de M. Faye, une note sur les trombes observées à Villefranche-sur-Mer (Alpes-Maritimes) en octobre 1883. Voici les conclusions

de l'auteur. Les trombes prenaient naissance dans un nuage orageux ; un tourbillon descendait vers la terre par une pointe aiguë.

Il se formait alors une colonne cylindrique tubulaire d'une diamètre égal dans toute sa hauteur, qui suivait le mouvement de translation du nuage, s'infléchissait en différents sens et disparaissait après être devenue filiforme.

Il est à présumer que le vent d'Est, entraînant des nuages orageux, vient heurter la chaîne de montagnes abruptes qui borde la côte onduleuse depuis Menton jusqu'à Beaulieu, et que, rencontrant de nouveaux obstacles opposés par le cap Ferrat et le cap Mont-Baron, il reflue vers le Sud en tourbillonnant comme ferait un vaste courant d'eau dans des conditions analogues ; ce qui paraît appuyer cette explication, c'est que les trombes, au dire des gens du pays, sont assez fréquentes dans la mer d'Eze et se produisent toujours par le vent du sud-est.

M. Faye ajoute : qu'on accepte ou non la théorie des tourbillons descendants, je crois intéressant de signaler un point de la côte méditerranéenne où le phénomène des trombes offre une fréquence exceptionnelle.

M. Daubrée dépose sur le bureau le premier volume du cours de M. Hatton de la Goupillière sur l'exploitation des mines.

— La séance est levée à quatre heures et demie. — M. L.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 novembre 1883. — Présidence de M. Guéniot.

Communications.

M. Trélat communique une nouvelle observation de *taille hypogastrique* suivie de guérison. C'est un nouveau fait à l'appui de l'opinion assez généralement admise aujourd'hui sur les avantages de cette opération. M. Trélat met au premier rang des causes de ces avantages les lavages, les pansements antiseptiques et la bonne évacuation des liquides septiques. Le ballon de Petersen est, selon lui, d'un bon secours, mais non pas indispensable.

Suite de la discussion sur l'hystérectomie.

M. Terrier communique sept observations d'hystérectomie sur lesquelles il a eu quatre morts et trois guérisons. Ces observations se divisent en deux séries, la première comprenant les faits dans lesquels il s'agit de tumeurs ovariennes ou autres dont l'ablation a nécessité la résection partielle de l'utérus, la seconde comprenant les tumeurs propres à l'utérus. Les trois premières hystérectomies se rapportent aux faits de la première série ; les quatre autres aux faits de la seconde.

Dans la première observation, il s'agit d'une tumeur solide de l'utérus compliquant une tumeur kystique ovarienne. Il ne fut pas possible de séparer l'utérus de la tumeur ovarienne et avec celle-ci il fallut enlever une partie de l'utérus. La malade succomba le troisième jour à une péritonite aiguë.

La seconde observation a trait à une femme de 63 ans qui était atteinte d'une énorme tumeur kystique de l'utérus, ayant contracté des adhérences à la partie inférieure avec le plancher du vagin. M. Terrier eut beaucoup de peine à arriver sur l'utérus qu'il dut réséquer en partie, non sans avoir à combattre une hémorrhagie. Cependant l'hémostase fut assurée d'une façon parfaite, mais la malade succomba vingt-trois heures après l'opération, au choc traumatique.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'une énorme tumeur fibro-cystique constituée par l'ovaire gauche. La tumeur enlevée, il restait un large pédicule comprenant l'utérus hypertrophié. Le pédicule put être laissé au dehors. La malade a été opérée il y a quinze jours. Elle peut dès aujourd'hui être considérée comme guérie.

Dans ces trois cas dont deux morts et un succès, il s'agissait d'opérations dans lesquelles le chirurgien eut la main forcée pour ainsi dire, pour enlever l'utérus en partie ou en totalité. Il s'agissait de tumeurs complexes, anciennes, adhérentes, graves, difficiles à opérer. La gravité du pronostic opératoire se trouvait encore accrue par suite de la nécessité d'enlever l'utérus. C'est donc là un pronostic beaucoup plus grave que celui de l'hystérectomie simple.

La seconde catégorie de faits comprend les hystérectomies pratiquées pour des tumeurs utérines. Elles sont au nombre de quatre sur lesquelles on compte deux succès et deux insuccès.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une religieuse qui portait un corps fibreux du volume d'une tête d'adulte. La tumeur ayant été amenée au dehors par l'incision abdominale, deux broches furent passées en croix, au-dessous desquelles furent placés deux fils de fer avec le ligateur Cintrat. Le pédicule, très large, fut laissé au dehors et touché avec du perchlorure de fer ; pansements antiseptiques, pas d'accidents hémorrhagiques ni inflammatoires ; mort le cinquième jour après l'apparition d'accidents nerveux très marqués.

La seconde observation a trait à une tumeur sarcomateuse et kystique de l'utérus, opérée par le même procédé : ponction du kyste, traction au dehors de l'utérus hypertrophié, placement des broches, du ligateur Cintrat, résection de l'utérus, ablation de l'ovaire gauche kystique, pédicule très long, l'opération a duré une heure et demie. Guérison. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome et cependant voilà trois ans que la malade a été opérée et jusqu'ici pas la moindre trace de récidive.

Dans la troisième observation, il s'agit d'un corps fibreux développé dans l'épaisseur de la paroi utérine ; dans ce cas, M. Terrier fit la ligature en chaîne préconisée par Thorton dans les cas où le pédicule est très large et où il doit être laissé dans le ventre. Cette ligature se relâche au bout d'un certain temps et cette malade a succombé à une hémorrhagie survenue vingt-quatre heures après l'opération.

Enfin le quatrième fait se rapporte à une malade de Moulins atteinte d'une tumeur fibreuse compliquée d'un énorme épanchement dans la cavité abdominale. Le liquide ayant été évacué, la tumeur amenée au dehors, M. Terrier plaça deux fils de fer selon la méthode habituelle, mais au lieu de serrer, il coupa, sans le vouloir, la tumeur. Il n'y eut pas trop d'hémorrhagie ; il put assez facilement décortiquer avec les doigts ce qui restait du fibrome, de telle sorte qu'il y avait, cette décortication achevée, une sorte de capsule formée par la portion restante de l'utérus la plus voisine du col. Cette capsule se déchira sur la partie postérieure ; M. Terrier appliqua 7 points de suture, réunit ainsi les deux bords latéraux de cette capsule et laissa ce pédicule ainsi formé au dehors. La malade a très bien guéri et est restée parfaitement réglée. Ce procédé, accidentellement employé dans l'espèce, pourrait l'être volontairement dans certains cas et rendre de grands services. Il a valu, dans ce cas, à M. Terrier un bon succès.

En résumé, les procédés opératoires employés dans ces 7 cas peuvent se rapporter à trois types :

1° Pédiculisation de la masse morbide à l'aide des broches et des ligateurs Cintrat, fixation au dehors ; procédé classique.

2° Réduction du pédicule dans la cavité abdominale après que l'hémostase abdominale a été assurée ; insuffisance de la ligature en chaîne de Thorton pour cette hémostase, danger d'hémorrhagies secondaires ; nécessité de recourir à un autre mode de ligature élastique ou autre, ou bien ligature en chaîne renforcée par une ligature en masse comme dans le cas de M. Terrillon.

3° Procédé tout différent des deux précédents imposé par les circonstances dans la septième observation de M. Terrier, pouvant être régularisé et employé volontairement, consistant à énucléer la tumeur de façon à ne laisser qu'une sorte de cupule dont on suture les bords de façon à former un pédicule qui est laissé au dehors.

Il résulte de ces faits, joints à beaucoup d'autres, que l'hystérectomie, loin d'être une opération détestable, comme l'a dit M. Gillette, est une opération rationnelle, formellement indiquée dans certains cas, mais toujours dangereuse, et qui a besoin d'être encore perfectionnée.

M. Lucas-Championnière fait observer que l'attention des chirurgiens doit surtout se porter sur le traitement du pédicule. C'est ce traitement du pédicule qu'il faut surtout s'efforcer de perfectionner et c'est uniquement sur ce point qu'il a voulu appeler l'attention de la Société.

M. Lucas-Championnière rapporte, en peu de mots, une nouvelle hystérectomie qu'il a pratiquée : tumeur fibreuse pesant 17 kilog., opération ayant duré une heure et demie ; marche régulière de l'opération, aucun accident, aucune complication ; suites immédiates très bonnes ; température 37,2 ; trente-six heures après, explosion d'accidents nerveux formidables. Mort avec 40 degrés de température.

Comme M. Terrier, M. Lucas-Championnière considère l'hystérectomie comme une opération parfaitement légitimée dans certains cas, pouvant rendre de grands services et appelée à donner un très grand nombre de succès quand elle aura été perfectionnée, et ne sera plus pratiquée seulement sur des femmes dans des conditions déplorables.

Kyste hydatique de l'orbite. — M. Chauvel, au nom d'une commission dont il fait

partie avec MM. Nepveu et Delens, lit un rapport sur un travail de M. le docteur Dieu, médecin-major, relatif à l'histoire du kyste hydatique de l'orbite.

M. le rapporteur fait connaître une observation qui lui est personnelle; il s'agit d'un militaire qui a été envoyé dans son service, au Val-de-Grâce, pour un exophthalmos de l'œil droit. Une ponction exploratrice a donné lieu à quelques grammes de liquide séro-purulent, liquide qui n'a pas tardé à se reproduire; nouvelle ponction, même liquide, nouvelle reproduction. Le diagnostic présentait les plus grandes difficultés. Ce malade a fini par être opéré dans une clinique de la ville d'un kyste hydatique rétro-oculaire.

L'observation rapportée par M. Dieu, dans son mémoire, se rapproche beaucoup de la précédente. Le malade fut opéré.

M. Dieu termine son mémoire par les conclusions suivantes qu'adopte M. Chauvel, sauf quelques réserves :

1° Les kystes hydatiques de l'orbite sont des tumeurs identiques à celles qu'on observe dans les autres régions. L'absence de crochets dans le liquide, quand celui-ci est peu abondant, n'est pas contraire à l'existence d'un kyste hydatique.

2° Ces tumeurs sont beaucoup plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, chez les jeunes gens et les adultes que chez les vieillards.

3° Elles donnent lieu parfois à des douleurs violentes à forme névralgique et à des inflammations de voisinage. Il est impossible de percevoir le frémissement hydatique.

4° La marche de ces tumeurs est habituellement fort lente; dans quelques cas, elles ont amené la fonte de l'œil en quelques mois.

5° La ponction exploratrice et l'examen chimique du liquide sont indispensables pour assurer le diagnostic.

6° Le pronostic est sérieux; sur 26 cas, il y a eu huit fois fonte de l'œil.

7° La guérison est la règle quand les malades sont opérés à temps.

Fractures de la rotule. — M. Richelot fait un rapport sur une note de M. Henriet relative aux fractures de la rotule et au rôle de l'atrophie musculaire. Voici le fait observé par M. Henriet : Un homme qui avait été atteint dans son enfance d'une paralysie infantile du membre inférieur droit, fut pris, longtemps après, d'une grande faiblesse dans le membre inférieur gauche. Ces troubles furent rattachés par M. Charcot à l'affection ancienne. Ayant fait une chute sur le genou, cet homme eut une hémo-hydarthrose qui vint compliquer l'atrophie du triceps dont il était atteint. Peu à peu, cependant, le triceps reprit ses fonctions sous l'influence du traitement. Sur ces entrefaites, à la suite d'une violente contraction musculaire, fracture transversale de la rotule, écartement de quatre travers de doigt entre les deux fragments; malgré cette fracture, le triceps continuant à reprendre ses fonctions, le malade continua à mieux marcher; de telle sorte qu'il marchait mieux après qu'avant la fracture de rotule. Donc, d'une part, atrophie du triceps, rotule intacte, impotence fonctionnelle; d'autre part, triceps réparé, fracture de la rotule, retour de la marche. M. Henriet conclut de ce fait que c'est surtout à l'atrophie du triceps qu'il faut attribuer l'impotence fonctionnelle dans les fractures de la rotule M. Richelot s'associe pleinement à cette manière de voir.

Suture nerveuse suivie de réparation fonctionnelle des muscles. — M. Richelot fait un second rapport sur une observation de M. Chrétien tendant à prouver le retour des fonctions musculaires à la suite de la suture nerveuse.

Dans une communication antérieure sur ce sujet, M. Richelot, s'appuyant sur un grand nombre de faits, était arrivé à cette conclusion qu'après la suture du médian, par exemple, on observait toujours le retour de la sensibilité, mais jamais celui des mouvements; ce qu'il expliquait par ce fait qu'il n'y a pas d'innervation collatérale pour les muscles comme pour la sensibilité. Il considérait donc la suture nerveuse comme une opération rationnelle, mais inefficace chez l'homme, au point de vue de la réparation musculaire.

Or, la nouvelle observation de M. Chrétien est en contradiction avec cette manière de voir; elle prouve, en effet, qu'après une suture du médian, le retour des fonctions musculaires est possible.

Ligature élastique. — M. Pozzi présente un nouvel instrument destiné à faciliter cette ligature dans l'hystérectomie. Il a eu l'occasion de l'expérimenter récemment et a pu en constater les avantages.

Ce ligateur élastique, fabriqué par M. Mariaud, est formé de deux pièces se démontant à volonté par un système de baïonnette, ce qui permet d'enlever le manche et de laisser au besoin en place, temporairement ou définitivement, la partie qui opère la constriction.

Cette dernière se compose d'un anneau elliptique, divisé à sa partie médiane par une barrette verticale qui facilite le croisement du fil.

Ce fil passe ensuite dans un excentrique dont le simple abaissement, à l'aide d'une pédale mobile, permet de fixer solidement au point de traction désiré.

Avant d'abaisser la pédale, il faut d'abord tendre fortement les fils et diminuer ainsi leur épaisseur ordinaire.

Les fils étant serrés, faire une torsion avec l'instrument, en le renversant, pour former une anse croisée. On lie ce point d'entrecroisement avec un fil de soie très fort, dont le premier nœud est passé deux fois surmonté d'un nœud ordinaire ; on opère alors une légère traction sur les fils élastiques et on lie de nouveau avec de la soie, sans les croiser, à quelques millimètres de distance de la première ligature, qui se trouve ainsi assurée.

M. Pozzi se sert, pour la ligature, de fils élastiques pleins et ronds, en caoutchouc noir, du volume d'une bougie n° 14 de la filière métrique correspondant à 4 millimètres 2/3 de diamètre.

Relativement au traitement du pédicule dans l'hystérectomie, M. Pozzi se déclare absolument partisan de la méthode extra-péritonéale. Il pense que, pour cette méthode, la ligature élastique peut rendre de grands services. Dans les cas où il est de toute impossibilité d'attirer au dehors le pédicule et où conséquemment s'impose la méthode intra-péritonéale, M. Pozzi préférerait encore la ligature élastique comme étant celle qui assure le mieux l'hémostase, mais il y apporterait la modification suivante : il ferait passer les deux chefs du tube élastique, préalablement percés de trous, dans la cavité vaginale; il combinerait ainsi le drainage péritonéo-vaginal avec la ligature élastique dans la méthode intra-péritonéale. On sait, en effet, d'après un certain nombre de faits, que la ligature élastique abandonnée dans la cavité abdominale se termine presque toujours par des accidents de suppuration. Or, ce drainage assurerait l'évacuation des produits de la suppuration en même temps que l'élimination de l'anse elle-même.

M. Terrier considère la ligature extra-péritonéale comme très supérieure à la ligature intra-péritonéale. Quant au mode de drainage vaginal proposé par M. Pozzi, M. Terrier ne croit pas qu'il soit suffisant pour assurer d'une façon parfaite l'écoulement des liquides septiques.

M. Pozzi ne voit pas ce qui pourrait s'y opposer.

Tumeur de la joue. — M. Berger présente un malade atteint d'une tumeur complexe de la joue. Ce malade a eu d'abord un calcul salivaire que M. Berger a extrait sans difficultés; aujourd'hui, ce malade présente une autre tumeur de la joue qui offre tous les caractères d'une tumeur vasculaire. Y a-t-il une relation entre la lithiase salivaire et cette tumeur vasculaire? C'est ce qui reste à déterminer. En outre, M. Berger consulte ses collègues sur le traitement qu'il convient d'appliquer à cette tumeur.

M. Reclus propose l'électrolyse.

M. Polaillon, dans un cas analogue, a circonscrit la tumeur avec des pinces hémostatiques à formes spéciales, et a pratiqué ensuite des injections coagulantes.

M. Desprès fait des réserves sur le diagnostic porté par M. Berger. Il n'est pas certain qu'il s'agisse d'une tumeur vasculaire. Il serait disposé à admettre qu'il s'agit là d'une rétention de la salive, comme dans plusieurs des cas relatés dans la thèse de Closmadeuc.

M. Berger rappelle tous les signes que présente cette tumeur, et qui sont bien ceux d'une tumeur vasculaire et non ceux d'un kyste salivaire.

Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. — M. Gouguenheim communique un cas malheureux de laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. (Comm. M. Nicaise.)

— La séance est levée.

CORRESPONDANCE

Paris, 28 novembre 1883.

Monsieur le rédacteur de l'*Union Médicale*,

La déclaration de principe dont vous avez fait précéder la lettre de M. Pasteur, insérée dans votre dernier numéro, me donne le droit d'espérer que vous ne ferez pas un moins bon accueil à la mienne.

Ce n'est ni M. Toussaint ni M. Pasteur qui « ont conçu l'idée rationnelle de l'atténuation « et de l'inoculation des virus atténués comme vaccination préventive des maladies viru- « lentes », mais celui qui, dès l'année 1863, imprimait, dans le *Bulletin* de l'Académie de médecine, les deux conclusions suivantes d'un discours prononcé devant cette Académie :

« 1° Il est permis d'espérer que l'inoculation du principe de la fièvre jaune, *atténué « par une troisième ou une quatrième transmission isolée,* aura pour effet de créer une im- « munité de la maladie analogue à celle dont jouissent les naturels des pays où elle « règne, et *analogue à l'immunité vaccinale* pour la petite vérole.

« 2° La théorie de l'immunité vaccinale, *comprise dans sa généralité* comme elle doit « l'être, permet d'espérer que *toutes les maladies virulentes ou contagieuses,* telles que la « *fièvre jaune,* la *peste,* le *typhus,* le *typhus charbonneux,* la *fièvre typhoïde* épidémique, etc., « *seront un jour inoculables* à titre de préservation vaccinale, lorsqu'on aura déterminé les « *conditions* et les *règles* propres à ramener le principe contagieux de la maladie *à « son plus faible degré de virulence* et de contagiosité, et lorsque *ce principe aura pu être « isolé.* » (*Bull. de l'Acad.*, 1863, p. 863.)

Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur, l'assurance de mes sentiments très distingués.

Jules Guérin.

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de la goutte.

La nature de la goutte n'est pas encore parfaitement déterminée; cependant on s'accorde aujourd'hui pour la regarder comme une affection générale qui tient à l'état du sang et aux affections calculeuses des voies urinaires. Sa cause réside dans une nourriture trop animalisée d'une part, et de l'autre dans une déperdition insuffisante. Le sang puise dans les aliments trop azotés un excès d'urée, et si les reins n'éliminent pas cet excès, l'acide urique donne lieu à la gravelle et à la diathèse goutteuse. Le travail et la fatigue, en activant la circulation et la respiration, diminuent la proportion de l'urée. De là cette conséquence que la goutte est la maladie des riches, c'est-à-dire de ceux qui peuvent se nourrir d'une manière trop succulente et qui ne trouvent pas dans un travail forcé la compensation à cet excès. Les femmes sont moins sujettes à la goutte que les hommes; le pourquoi de cette différence est bien difficile à trouver.

Toujours est-il que la goutte est une affection très douloureuse et qui produit parfois les accidents les plus graves. Elle peut être acquise ou héréditaire; dans le premier cas, elle ne se montre guère qu'à l'âge où la perspiration commence à diminuer; dans le second, elle apparaît souvent beaucoup plus tôt. L'invasion de la goutte est souvent précédée de troubles digestifs, de fourmillements et de crampes dans les membres; d'autres fois, elle a lieu brusquement. Presque toujours elle commence par les gros orteils, pour s'étendre promptement aux petites articulations et se fixer ensuite dans les grandes. L'attaque dure de sept à trente jours, et se compose de 4 ou 5 accès. A la suite de ces accès, il se forme dans les parties atteintes des noyaux ou concrétions qui sont essentiellement formés d'urate de soude et atteignent la grosseur d'une noisette et même d'une noix.

La goutte n'affecte pas toujours la forme aiguë ou régulière, elle est quelquefois chronique ou irrégulière. Dans cette forme, les douleurs articulaires sont généralement beaucoup moins vives; elles s'accompagnent de gonflements sans rougeur, et persistent, augmentent ou diminuent irrégulièrement, sans jamais présenter d'intermittences, ni par conséquent d'accès. Enfin, dans quelques cas, heureusement assez rares, les symptômes locaux disparaissent tout à coup et la goutte répercutée vers le cerveau, le cœur, l'estomac ou les poumons, y produit des accidents souvent mortels.

Cette terrible diathèse a été combattue par bien des moyens, et il s'en faut de beaucoup que le succès ait répondu aux efforts. Les moyens antiphlogistiques sont, la plupart du temps, sans efficacité; l'application de sangsues est inutile ou nuisible. Les purgatifs légers ont produit parfois de bons effets; encore n'en faut-il pas abuser sous peine de les voir bientôt devenir complètement inefficaces, ou bien d'affaiblir le malade outre mesure. Il existe cependant une préparation dont les bons effets ont été souvent constatés et que l'approbation des docteurs Alibert, Velpeau et Andral a consacrée depuis longtemps, c'est le sirop anti-goutteux de Boubée. Cette préparation, administrée au

début d'un accès de goutte, en enraie immédiatement la marche et calme presque instantanément la douleur; elle procure au malade une transpiration modérée qui termine la crise sans aucun risque d'affaiblissement. Le sirop de Boubée est sudorifique, stimulant, légèrement purgatif, diurétique et antispasmodique. Par ces diverses qualités, il arrive promptement à placer le malade dans ces conditions de régularité fonctionnelle et de calme qui amènent d'abord le soulagement, et avec la persévérance, la guérison.

Le sirop de Boubée peut être pris pur, mêlé à une tisane de tilleul, ou en lavement; la dose est de 4 cuillerées à bouche à prendre en se couchant, trois heures après le dernier repas pendant la période des crises; ou de 2 cuillerées seulement pendant quatre jours chaque mois, pendant trois mois, à titre de préservatif à la suite d'un accès.

Dr E. Lasniée.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 9 au 15 novembre 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 972. — Fièvre typhoïde, 32. — Variole, 4. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 9. — Diphthérie, croup, 43. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 54. — Phthisie pulmonaire, 171. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 71. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 47. — Bronchites aiguës, 37. — Pneumonie, 73. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 35; au sein et mixte, 21; — inconnues, 0. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 93; circulatoire, 60; respiratoire, 83; digestif, 30; génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 1; des os, articulat. et muscles, 6. — Morts violentes, 29. — Causes non classées, 8.

Résumé de la 48e semaine. — Le service de statistique a reçu notification de 972 décès, au lieu de 985 pendant la semaine précédente. La mortalité parisienne se maintient donc à un taux très peu élevé.

La comparaison des chiffres de cette semaine avec ceux de la précédente fait ressortir les conclusions suivantes :

L'état stationnaire ou quasi-stationnaire pour la Fièvre typhoïde (32 décès au lieu de 31), qui, quoique un peu plus rare que pendant le commencement de l'année, conserve une fréquence exagérée. La Variole (4 décès au lieu de 6), la Scarlatine (1 décès dans chacune des deux semaines), la Coqueluche (9 décès au lieu de 6) continuent à être rares.

On remarquera que la Rougeole a causé 14 décès au lieu de 7 pendant la semaine précédente. Il est vraisemblable que cette aggravation est seulement apparente et ne persistera pas.

Au contraire, il faut remarquer que la Diphthérie (43 décès au lieu de 44) continue à rester fréquente, car nous comptions rarement plus de 20 à 25 décès diphthériques par semaine pendant les semaines d'été. On doit craindre que les chiffres actuels ne soient encore dépassés, car le nombre des admissions dans les hôpitaux que cause cette maladie va sans cesse en augmentant (40 admissions au lieu de 19). La saison contribue sans doute à accroître le nombre des décès par Diphthérie, car il est de règle que cette maladie augmente toujours de fréquence en hiver. Elle n'est localisée dans aucun quartier de la Ville; il est vrai que l'on compte 4 décès dans le quartier de *Quinze-Vingts,* 3 dans *al Roquette,* 3 dans *Clignancourt* et 4 dans *Charonne,* mais l'examen de chaque cas particulier fait croire qu'il n'y a aucun foyer épidémique dans ces quartiers; la plupart de ces petits malades sont morts à l'hôpital.

La Bronchite aiguë des jeunes enfants (37 décès au lieu de 38) et la Pneumonie (73 décès au lieu de 65), sans être très nombreuses, dépassent la fréquence qu'elles avaient en octobre. Au contraire, l'Athrepsie des jeunes enfants, qui diminuait de fréquence à mesure que nous entrions dans la saison froide est descendue actuellement à un chiffre extrêmement faible (56 décès au lieu de 69).

Le service de statistique a reçu notification de 385 mariages et de 1,174 naissances (582 garçons et 592 filles) dont 828 légitimes et 346 illégitimes; parmi ces dernières, 63 ont été reconnues immédiatement par l'un des parents au moins.

Dr Jacques Bertillon,

Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

Erratum. — Page 922. Dans la lettre de M. Pasteur, au lieu de : *mois d'août*, lisez : *mois d'avril*.

La lettre de M. Pasteur porte bien « mois d'avril ». L'erreur vient de la composition du journal.

— Le docteur Galezowski commencera son cours sur les *maladies des yeux* à l'Ecole pratique de la Faculté, amphithéâtre n° 2, vendredi prochain, le 7 décembre, à 8 heures du soir, et il le continuera les lundis et les vendredis suivants à la même heure. Ce cours comprendra : L'étude des affections oculaires dans les maladies de la moelle épinière et du cerveau. La fin de chaque séance sera consacrée à des démonstrations ophthalmoscopiques.

Nécrologie. — Notre vieux et excellent metteur en pages, Nicolas, vient de succomber à l'âge de 68 ans. Il s'occupait de l'*Union Médicale* depuis sa fondation, et toujours il avait travaillé pour elle avec intelligence et dévouement. C'était plus qu'un serviteur fidèle et un laborieux ouvrier. Nicolas était devenu pour nous un ami; tous nos collaborateurs le connaissaient et l'aimaient, il était de la famille médicale; aussi sa perte nous cause-t-elle un profond chagrin.

Faculté de médecine de Paris. — M. Haussmann est maintenu, pendant l'année scolaire 1883-1884, dans les fonctions de préparateur de pathologie externe.

— Les manipulations de physique médicale obligatoires pour les élèves de première année (nouveau régime) auront lieu par séries mensuelles, au laboratoire de physique de l'Ecole pratique, rue Vauquelin, 1, sous la direction de M. Guébhard, agrégé, chef des travaux, le mardi, le jeudi et le samedi de chaque semaine, de quatre heures à six heures du soir. Des conférences auront lieu le mardi à trois heures et demie.

La convocation des séries se fera par affiches apposées à la Faculté de médecine, à la porte de l'amphithéâtre du cours de physique et à l'Ecole pratique, à la porte du laboratoire.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie FALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

BULLETIN

Académie de médecine, 4 décembre. — Commençons par féliciter M. Vidal, le savant dermatologiste, élu aujourd'hui dans la section de thérapeutique par 57 suffrages; sans oublier M. le professeur Hayem, pourvu d'une belle minorité, et désigné d'avance pour l'élection prochaine.

— Du mouvement scientifique auquel nous assistons, et quelle que soit la tournure que prennent les événements, il restera sans nul doute plus d'un résultat positif, plus d'un véritable progrès. Le souvenir de quelques enthousiasmes féconds, suscités par les découvertes actuelles de la physiologie expérimentale, suffira toujours à légitimer dans l'avenir, non-seulement les travaux de Pasteur et de ses élèves directs, mais jusqu'aux témérités des adeptes sans mandat et aux imprudences des imitateurs compromettants. On pourra dire que la doctrine de la septicémie existait avant Lister; mais on avouera qu'elle n'avait pas pris un corps, et que sans la foi qui a soutenu les apôtres de l'antiseptie, la chirurgie moderne aurait ignoré longtemps encore les succès inespérés qui lui donnent aujourd'hui tant d'éclat. On pourra changer d'opinion sur le rôle des microbes et sur quelques détails de leur évolution; M. Bouley n'a-t-il pas dit lui-même, en défendant à la tribune de l'Académie la sévérité scientifique du maître auquel il servait de porte-voix, qu'il tenait pour l'exactitude du fait expérimental et faisait bon marché de l'interprétation? Mais ce qu'on n'oubliera pas et ce qu'on saura mettre à profit, c'est la présence de ces microbes, leur destinée de parasites au milieu de nos tissus, et, dans une certaine mesure, l'étroite relation qui unit leurs figures diverses et leurs métamorphoses à chaque espèce ou à chaque degré de fermentation. S'il était un jour démontré qu'ils ne sont pas les *agents* nécessaires de la virulence, il faudrait toujours concéder qu'ils en sont les *témoins*.

Cette idée nous semble donner raison aux tentatives qui se produisent pour appliquer dores et déjà la doctrine pastorienne à la clinique. Il y a, en effet, des médecins qui, oubliant un peu l'origine et la fin du microbe, cherchent depuis quelque temps à tirer parti de sa présence et à le faire servir aux progrès de la séméiologie (1). Tel est le sens de la communication que M. Germain Sée vient de faire à l'Académie.

Il s'agit du diagnostic de la phthisie pulmonaire au début et dans les cas obscurs. L'orateur, reprenant en quelques mots les travaux de ces dernières années, nous a menés sans effort de Laennec au bacille moderne. L'unité de la phthisie lui a servi de point de départ; au point d'arrivée, la découverte du microbe infectieux et spécifique est pour ainsi dire la consécration de cette vieille idée française, obscurcie quelque temps en Allemagne avec Reinhardt et Virchow, mais bientôt remise en lumière par les travaux de Grancher, de Charcot, etc. C'est aussi l'unité qu'a défendue Villemin par ses expériences mémorables, quand il a démontré que les produits tuberculeux étaient virulents. Mais où était la virulence, et quel était le virus?

(1) Nous avons publié, le 24 et le 27 novembre, un travail de M. A. Cochez, interne des hôpitaux, sur la recherche du bacille dans les produits d'expectoration et son importance diagnostique.

Le bacille révélé par Koch en avril 1882 est venu combler cette dernière lacune. Son inventeur l'a trouvé dans tous les produits que Laennec appelait tubercule et que Villemin a montrés inoculables; il l'a trouvé dans les affections chirurgicales « scrofuleuses », dans le lupus où Besnier l'a observé à son tour dans la pommelière de la vache, etc. Inoculé, il donne tous, les résultats des expériences de Villemin; introduit dans la chambre antérieure de l'œil, il y dépose le tubercule et devient l'origine d'une tuberculose générale. Malassez et Vignal ont bien décrit récemment (1) des tuberculoses sans bacilles, caractérisées par des « zoogloées ou amas de micro-coques »; mais cette forme spéciale, après plusieurs inoculations successives, reproduit la tuberculose bacillaire, ce qui donne à penser que les zoogloées et les bacilles sont des états différents d'un seul micro-organisme. Bref, les objections disparaissent une à une et l'importance du microbe spécifique n'est plus à démontrer.

Voici maintenant la déduction pratique. Le bacille existe constamment dans les crachats des phthisiques; sa présence est une preuve de tuberculose, son absence constatée à plusieurs reprises l'exclut invariablement. Tous les observateurs en Allemagne, en Angleterre, en Italie, en Russie, etc., sont d'accord pour admettre l'inévitable bacille. Un Américain a eu la patience de réunir 2,502 cas de phthisie et d'en compter 2,417 avec bacilles; dans les cas négatifs, l'examen des crachats n'avait pas été fait à plusieurs reprises, précaution nécessaire pour éviter l'erreur. Dans les cas où l'absence du bacille a été bien établie, la guérison ou l'autopsie sont venues montrer que le malade n'était pas phthisique; on a trouvé, par exemple, des syphilomes au lieu de tubercules.

La connaissance de ces faits est précieuse pour le diagnostic d'une tuberculose incertaine. Bien des malades ont pendant des mois une toux légère avec des signes plus que douteux; d'autres commencent par une bronchite aiguë, par une pneumonie, par un catarrhe laryngé sans caractère spécial; d'autres, avec une simple dilatation bronchique, ont toutes les allures de la phthisie pulmonaire. Combien ne voit-on pas de catarrhes chroniques sans localisation au sommet! Il n'est pas jusqu'à l'asthme que ne simulent à l'occasion les phthisies avec emphysème jadis décrites par Noël Gueneau de Mussy.

Dans tous ces cas, la présence du microbe est un signe révélateur qui enlève toute hésitation et peut rendre au malade un immense service. Par suite, l'examen des crachats et la recherche du bacille est une méthode d'exploration qui s'impose. — L.-G. R.

Un cas de suture du nerf radial six mois après sa division complète, avec réintégration fonctionnelle douze mois après l'opération,

Par Pick.

Voici l'observation de suture nerveuse suivie de restauration fonctionnelle, dont nous avons parlé dans notre dernier numéro.

William C..., âgé de 13 ans et demi, est admis à l'hôpital le 21 septembre 1881.

Il raconte qu'il y a environ six mois, il reçut dans le bras gauche, un peu au-dessus du pli du coude, un coup d'un couteau de table effilé et tout ébréché.

La blessure, pansée séance tenante, était cicatrisée au bout d'environ quinze jours. Aucun médecin n'avait été appelé.

D'après le récit du malade et celui de sa mère, une fois la cicatrisation opérée, il aurait recouvré l'usage de son bras et de sa main absolument comme si rien ne se fût passé. Sur ce point tous deux sont parfaitement affirmatifs. Mais, peu après, le jeune blessé commença à remarquer une certaine faiblesse dans l'extension de la main

(1) *Arch. de Physiol.*, 15 novembre 1883.

gauche, une tendance légère à la flexion. Maître d'abord des mouvements d'extension des doigts, il finit par perdre complètement ce mouvement, et le poignet resta fléchi d'une façon permanente. Puis survinrent l'atrophie et le refroidissement graduels de l'avant-bras, et l'impotence fonctionnelle devint de plus en plus complète.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, on observe les traces d'une cicatrice située à environ quatre doigts au-dessus et un peu en arrière du condyle externe de l'humérus gauche. Cette cicatrice mesure, dans sa longueur, environ trois quarts de doigt, elle n'adhère ni à l'os ni aux autres parties profondes.

A son niveau, l'humérus paraît irrégulier et bossué, et la pression sur la cicatrice éveille de la douleur. Les muscles de l'avant-bras sont atrophiés, particulièrement les muscles supinateurs et les extenseurs. Le poignet et les doigts sont fléchis, les mouvements d'extension ont disparu.

La température de l'avant-bras malade, comparée à celle de l'avant-bras du côté opposé, est sensiblement diminuée.

L'exploration de la température des espaces interdigitaux des doigts innervés par le radial, exploration pratiquée avec le thermomètre médical ordinaire, accuse un refroidissement de 2 degrés, comparée à la température de l'espace interdigital correspondant du côté sain.

Le 6 octobre 1881, on applique la bande d'Esmarch et l'on pratique une incision longue de deux doigts juste au-dessous de la cicatrice et sur le trajet du nerf radial, que l'on met bientôt à nu.

La division du nerf est complète; les deux extrémités séparées l'une de l'autre de $0^m,015^{mm}$ ne sont unis que par un peu de tissu conjonctif.

Le bout central se termine par un renflement bulbeux; le bout périphérique, aminci, adhère à l'os sous-jacent, dont on le sépare par dissection.

Le névrome du bout central étant extirpé, les deux extrémités sont avivées, affrontées et réunies par une suture de fin catgut. Pansement antiseptique de la plaie.

Pendant les six premières heures qui suivent l'opération, le malade accuse des douleurs vives, qui se calment subitement le soir même, et permettent au malade de reposer tranquillement. La cicatrisation prend un certain temps pour s'effectuer; en fait, elle n'est guère complète qu'après un mois environ.

Au bout d'une quinzaine de jours, il semble que les mouvements reparaissent, mais très faibles; l'opéré affirme que la sensibilité est amendée, mais il y a lieu de soupçonner sur ce point un certain degré d'exagération de la part du malade, exagération suggérée par la crainte d'une nouvelle opération.

Toutefois, il est certain que la température du membre opéré subit une certaine ascension, car, à la sortie du malade, l'exploration thermométrique n'accusait plus aucune différence entre les deux côtés.

Le malade resta en observation jusqu'au 23 décembre 1881, jour où il obtint son *exeat*, avec recommandation de se représenter au bout de trois mois.

Au moment de la sortie, le poignet était encore pendant; mais les doigts pouvaient se mouvoir légèrement et les muscles, à en croire certaines appréciations, présentaient un peu plus de développement qu'au moment de l'admission à l'hôpital.

Quant au long supinateur, loin de se développer, il avait dégénéré en une simple corde que l'on pouvait pincer entre le pouce et l'index.

On n'entendit plus reparler du jeune malade jusqu'au mois de juillet de cette année 1883, où, s'étant mis à sa recherche, M. Coltart, d'Epsom, le découvrit dans cette ville et nous l'adressa immédiatement.

Le nerf a complètement recouvré ses fonctions. La sensibilité est parfaite, et les mouvements d'extension du poignet et des doigts s'exécutent avec autant de précision que du côté opposé.

Le développement des muscles n'est pas aussi grand que pour le bras droit; mais on voudra bien observer que c'est ce dernier surtout que le malade exerce dans son travail manuel.

Le sujet n'est guère capable de donner une relation exacte des conditions de temps dans lesquelles l'amélioration s'est montrée positive; mais, d'après ce que l'on peut comprendre, il semble fort probable qu'il n'y eut aucun amendement très marqué avant les douze mois au moins qui suivirent l'opération.

L'examen microscopique de l'extrémité bulbeuse du nerf a montré que cette tuméfaction était principalement due à l'hypertrophie du périnèvre et à l'interposition entre les faisceaux nerveux d'une certaine quantité de tissu conjonctif. Les tubes nerveux étaient comprimés et les cylinder-axis complètement atrophiés. (*Suture of the musculo-spiral nerve six months after its complete division, with restoration of its functions about*

twelve months after operation. The Lancet, 4 aug. 1883. — Voyez aussi : *The Lancet*, 16 june 1883 : *A case of suture of the musculo-spiral nerve performed five months after its complete division*, par Holmes.) — L. Dn.

Lettres de Suisse et d'Allemagne

Berne, le 28 novembre 1883.

Le bacille de la tuberculose et M. Kundrat à la Société médicale de Vienne. — Le bacille du choléra nostras et M. Bagianski à la Société de médecine de Berlin. — Le phosphore dans le traitement du rachitisme à Berne et à Fribourg. — Deux cas de tumeurs rares avec infection. — Le goître à la Clinique de M. le professeur Kocher et la *Cachexia strumi priva*. — Les résultats opératoires de la thyroïdectomie et ses conséquences. — Les cours de perfectionnement pour les médecins praticiens à Breslau.

En Allemagne comme en France, l'objet le plus généralement discuté, le plus à l'ordre du jour, est toujours le bacille de la tuberculose et son importance diagnostique. Les journaux et les revues en regorgent. Après l'excellent article publié par l'*Union Médicale* dans ses derniers numéros sur ce sujet, il me reste peu à dire; aussi je préfère me contenter de citer en passant la séance de la *Société médicale de Vienne* du 26 octobre, dans laquelle le professeur Kundrat a essayé de faire entendre que le bacillus pouvait se trouver chez l'homme sain.

Son procès n'a pas été long; il lui a été répondu tout simplement qu'il avait pris des vessies pour des lanternes, qu'il avait confondu le bacillus de la tuberculose avec un bacille analogue, mais d'une valeur toute différente.

Cet incident rappelle l'erreur d'un professeur d'une Université suisse appartenant à une école déjà ancienne qui, voulant démontrer des microbes à ses élèves, leur a fait voir des corpuscules sanguins! S'est-il trompé de bonne foi et par ignorance? Je ne puis le dire, mais le fait a eu lieu et demeure légendaire dans l'Université.

Enfin, sans quitter le terrain des microbes, voici un nouveau venu parmi eux. Dans la séance du 17 septembre dernier, M. le docteur Bagianski a fait connaître à la *Société de médecine de Berlin* la découverte d'un bacillus. Ce microbe se rencontrerait presque constamment dans les glandes de Lieberkühn des enfants morts du choléra nostras.

Quelques mots maintenant d'une communication faite en septembre dernier au Congrès médical de Fribourg I/B, par le docteur Kassowitz, de Vienne, sur le traitement du rachitisme par le *phosphore pur*.

Chacun sait que le phosphore a une action sur la nutrition des tissus osseux; il n'est pour cela besoin que de se rappeler la nécrose phosphorique des maxillaires. Avec des doses exagérées de ce métalloïde, on peut facilement provoquer une affection analogue au rachitisme, degré qui précède la nécrose.

Si maintenant, au contraire, on emploie des doses excessivement minimes, on guérirait d'une façon merveilleusement rapide le rachitisme.

En peu de semaines, les os rachitiques perdent leur mollesse et commencent à croître plus rapidement; il se produit même une certaine amélioration des déformations, et les épiphyses épaissies reprennent rapidement une forme plus normale.

Le professeur Kassowitz croit que le phosphore possède plutôt, dans ce cas, une action vaso-motrice qu'une action ostéo-plastique; il agirait directement sur le réseau vasculaire des os rachitiques et modifierait considérablement leur nutrition.

Le directeur de la clinique des maladies des enfants à Berne, le professeur Demme, emploie avec le plus grand succès ce mode de traitement. Il administre le phosphore avec de l'huile d'olive suivant la formule : *Phosphore pur 0,005*, huile d'olive 50,0. Deux fois par jour une cuillerée à dessert.

Il y a quelques jours, les élèves de la clinique chirurgicale de Berne ont été témoins de deux cas fort rares au point de vue des doctrines de l'infection chirurgicale.

Le premier était un kyste suppuré de l'ouraque, chez un jeune garçon de 17 ans. A son entrée à l'hôpital on constatait, à la partie inférieure et médiane de l'abdomen, une tumeur de forme ovale, s'étendant de l'ombilic à la symphyse pubienne. Cette tumeur était douloureuse au toucher et présentait une fluctuation exquise.

Le malade se plaignait d'une rétention d'urine depuis quelques jours, mais le cathétérisme n'amena cependant qu'une quantité moyenne d'une urine claire ne contenant pas d'albumine. Après cette opération, la tumeur conserva son volume et sa forme n'avait pas changé. Seulement le malade éprouva un peu de fièvre le soir.

Le lendemain de son entrée, l'état était à peu près le même et les douleurs toujours très intenses; seulement l'ombilic, encore légèrement enfoncé la veille, était devenu proéminent et légèrement enflammé. Trois jours après, la tumeur avait grossi, et l'ombilic montrait d'une façon évidente qu'une collection purulente se trouvait dans son voisinage.

Une large incision parallèle à la ligne blanche fut faite, et il s'en échappa à flot un pus excessivement fétide.

Une préparation microscopique, faite immédiatement, montra une quantité très considérable de bacilles et de microcoques. D'où viennent ces organismes? De la vessie? cela n'est guère probable, l'individu n'ayant jamais eu de cystite. De plus, il n'a pu être constaté de produits de décomposition de l'urine dans la masse de pus extraite. De l'extérieur? non assurément, l'inflammation ayant débuté intérieurement, puis s'étant secondairement étendue à la peau.

Nous serions donc ici en face de produits d'infection amenés directement par la voie sanguine.

Un second cas vient encore appuyer cette manière de voir; c'est celui d'une inflammation avec suppuration du corps thyroïde (*strumitis*), chez un homme de 40 ans, sans qu'il ait été possible de constater aucune cause d'infection, venant soit de l'extérieur, soit de la trachée ou de l'œsophage.

Une ponction puis plus tard, une large incision, amenèrent l'écoulement d'un pus extrêmement fétide. Ce liquide fourmillait de bactéries et de microcoques, plus encore que le précédent.

Ces affections purulentes de la thyroïde, qui se voient en Suisse à peu près chaque année, ont été l'occasion d'une brillante clinique du professeur Kocher.

Cette question des goîtres est d'ailleurs une de celles que cet excellent chirurgien se plaît à discuter. Aujourd'hui le nombre des extirpations de la thyroïde qu'il a pratiquées s'élève à environ 150. Billroth, de Vienne, ne vient qu'après lui avec 120, je crois.

Il suffit d'avoir vu une de ces opérations et toutes les difficultés qu'elle offre pour comprendre la valeur de ce chiffre.

Jusqu'au printemps dernier cette opération avait été faite absolument sans arrière-pensée, il était convenu que cette glande ne servait à rien ou du moins que son enlèvement ne nuisait en rien à la santé générale de l'opéré. Aussi l'on ne se préoccupait guère d'enlever un seul lobe ou bien les deux lobes alors même que l'un d'eux était encore parfaitement sain.

Il n'en est malheureusement pas ainsi, et l'enlèvement total de la glande a un retentissement considérable sur le système cérébral. Les opérés, heureusement pas tous, deviennent idiots; et ce qu'il y a de plus terrible, ils se sentent devenir idiots. C'est cette affection que le professeur Kocher a désignée sous le nom de *Cachexia strumi priva*.

Un mémoire, présenté par lui au congrès de Berlin en avril dernier sur ce sujet, a été absolument tourné en ridicule par la docte assemblée, et Billroth, l'un des plus compétents après Kocher sur la question, est venu complètement et ouvertement combattre son opinion.

En attendant, les malades sont là, et jusqu'à présent on n'a trouvé aucun moyen efficace de leur venir en aide.

J'en ai deux maintenant en traitement dans mon service; l'un est un homme de 45 ans, père de famille, qui ne peut plus absolument travailler. Il a, depuis l'opération, toujours froid et toujours sommeil, il n'est heureux qu'au lit, ne répond plus que péniblement, comprend difficilement ce qu'on lui dit. Sa figure s'est complètement ridée, il a en cinq mois pris l'aspect d'un vieillard, tel qu'on ne le reconnaît presque plus. Il est devenu en un mot un vrai crétin, et cela seulement depuis l'opération.

L'autre est une femme de 24 ans, opérée premièrement pour une hypertrophie du lobe gauche, il y a environ deux ans. C'était une bonne et jolie ouvrière d'une fabrique de fayence peinte à Thoune. Après cette première opération, elle put reprendre son travail comme auparavant. Un an après, elle revenait pour faire opérer l'autre moitié de la glande qui proliférait rapidement. Guérie en quinze jours, elle devait trois mois plus tard cesser son travail, n'étant plus capable de l'exécuter d'une façon intelligente.

Je l'ai maintenant depuis plus de deux mois dans une salle, sans avoir pu en tirer encore une réponse; ce n'est absolument plus un être humain. Cette femme reste au lit tout le jour, mange à peine, ne parle jamais, et est parfois complètement insensible.

Je ne puis pas m'étendre plus longuement sur ce sujet dans cette lettre. J'ajouterai seulement que je pourrais citer une dizaine de cas analogues ou plus probants. Ce qui frappe surtout au premier abord, c'est l'abrutissement du facies chez les malheureux atteints de cette cachexie. Inutile de dire que maintenant, à moins de dégénération

cancéreuse de la thyroïde, on préfère ne plus opérer ces goîtres plutôt que de rendre leurs porteurs idiots.

Laissez-moi encore citer une excellente innovation de l'Université de Breslau. C'est un cours de quatre semaines au mois de septembre, donné en vue des *médecins praticiens qui désirent se mettre au courant des nouveautés médicales.* Ces cours sont donnés la plupart par des professeurs ordinaires, qui renoncent à leurs vacances pour concourir à cette œuvre d'une réelle utilité. Espérons que d'autres Universités suivront cet exemple excellent.

En Suisse nous avons quelque chose d'analogue, avec les cours de répétitions pour médecins militaires. Chaque médecin praticien étant en même temps médecin militaire chez nous, à l'âge de 35 ans environ, tous se voient obligés de faire un petit stage de trois semaines dans une de nos Universités, où des cours spéciaux leur sont donnés.

E. Lardy.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La Caisse des pensions de droit des médecins de France et le projet de M. Bertin.

Le succès de la *Caisse des pensions des médecins belges* n'a pas peu contribué à entretenir le mouvement de l'opinion en faveur de la création de pensions de retraite pour les médecins français; aussi, jusqu'à ce jour, les projets n'ont pas fait défaut et le Corps médical n'a pas manqué de législateurs de bonne volonté.

Malheureusement, — et c'est là notre crainte, — ces projets excellents par l'esprit de confraternité qui les inspire sont loin d'être tous réalisables; d'ailleurs la meilleure preuve des obstacles qu'ils rencontrent est leur... non réalisation. La mise en pratique de ces idées généreuses exige le concours effectif d'un grand nombre d'adhérents pleins de bonne volonté, animés d'une solide conviction et tous également décidés à vaincre de nombreuses difficultés à force de persévérance et d'énergie. A cette condition seule, on évitera des déceptions d'autant plus redoutables que les espérances des initiateurs de ce mouvement sont plus vastes.

Dans l'exposé qui précède son projet, que publiait récemment la *Gazette des sciences médicales de Nantes*, M. Bertin déclare à nouveau que l'Association générale ne peut rendre à ce point de vue que des services insuffisants. Cependant, à la différence d'autres critiques plus ardents que lui, il accorde à cette même Association le mérite d'être de quelque utilité en soulageant des infortunes et en pratiquant une sorte de patronage moral sur les membres du Corps médical. Il voudrait donc, comme d'autres d'ailleurs, combler une lacune aujourd'hui existante entre l'Association générale, Société de protection morale, et les futurs Syndicats, œuvre de défense professionnelle. Seulement notre estimé confrère n'entend créer à côté d'elle « ni une œuvre rivale, ni une œuvre hostile », mais bien « une œuvre complémentaire ».

L'économie de ce projet consiste dans la *solidarité* des médecins, c'est-à-dire d'adhérents versant à la Caisse *une cotisation annuelle et égale pour tous*, sans différence d'âge. La *mutualité* serait mise en pratique par des versements variables suivant l'état de fortune et la position de chaque adhérent.

A cet effet, la cotisation uniforme et obligatoire s'augmenterait d'une contribution formée par les honoraires de quatre journées médicales dans l'année; journées dont les époques seraient fixées par la Commission administrative. « Il est évident, ajoute « M. Bertin, que chacun de nous aura des journées différentes et les heureux auront la « joie d'avoir travaillé pour eux et pour notre œuvre commune. »

Voilà, si je ne me trompe, une sorte de *prestation médicale* qui n'est pas sans présenter quelques difficultés pratiques; ne serait-ce que l'équitable évaluation moyenne des honoraires d'une journée. D'ailleurs, puisqu'on déclare respecter le domaine de la charité mutuelle, c'est-à-dire celui qu'on abandonnerait à l'Association générale, pourquoi empiéter sur ses frontières et, par ces dispositions, faire aussi de la *Caisse des pensions médicales de droit* une sorte d'œuvre de bienfaisance? Tel n'est pas habituellement l'objet des Sociétés d'assurances mutuelles, et le projet actuel paraît être de ce nombre.

M. Bertin espère servir, dès la deuxième année, cinq cents pensions de 1,200 francs, et prend cinq mille adhérents comme le chiffre-base de ses évaluations. Chacun d'eux verserait une cotisation annuelle de 120 francs et, trimestriellement, le montant d'une

journée de travail évaluée à 15 francs ; en d'autres termes, chaque sociétaire verserait 180 francs par an dans la caisse de la future Société. M'est avis que, si chacun de ses membres versait annuellement semblable somme à l'Association générale des médecins de France, il ne serait guère utile de proposer la création d'une nouvelle Institution de prévoyance. Les pensions ne tarderaient pas à devenir un droit et cesseraient d'être une faveur.

Malheureusement, s'il est facile dans un projet de demander des cotisations d'un taux élevé, en pratique il n'en est pas de même. Jusqu'à ce jour, les Associations locales n'ont pu obligatoirement augmenter le chiffre si faible des cotisations annuelles; comment donc la future Caisse des retraites pourra-t-elle arriver à ce résultat? M. Bertin compte sur la confiance qu'inspirera la certitude d'une retraite de droit après soixante ans.

Pour simplifier la gestion financière, il propose de la confier par voie d'abonnement à une Compagnie d'assurances et de constituer, à côté de cette administration étrangère à la Société, une Commission médicale de surveillance composée de sociétaires, de représentants du bureau de l'Association générale et aussi de membres des Syndicats. Chaque année, le nombre des pensions augmentant, on pourrait prévoir le jour où le nombre des extinctions compenserait celui des admissions nouvelles à la retraite.

C'est à la discussion de résoudre les difficultés inséparables d'une telle organisation; mais il me semble qu'elle a l'inconvénient de consacrer la création de trois Associations parallèles ayant toutes trois le même but : l'amélioration des intérêts moraux et professionnels du Corps médical. Pourquoi donc les séparer alors? N'y aurait-il pas, du moment où la législation actuelle sur les Sociétés est modifiée, un terrain de conciliation entre les partisans trop exclusifs de chacune de ces institutions? D'ailleurs, dans l'intérêt du Corps médical français tout entier, à défaut de tous autres liens, un mariage de raison devrait tout au moins les unir. — C. E.

JOURNAL DES JOURNAUX

Disparition d'une éruption érysipélateuee sous l'influence d'une injection sous-cutanée de morphine, par le docteur Brunner. — La malade était une hystérique, atteinte de ménorrhagie. Sous l'influence d'une injection hypodermique d'ergotine ; elle éprouva localement de la douleur, avec une induration locale et une éruption érysipélateuse étendue rapidement sur les hypochondres et les cuisses. Une injection de morphine ayant été administrée pour combattre la douleur et prévenir une attaque hystéro-épileptique; l'éruption disparut dans l'espace de deux heures. (*Medicyna*, 1882, n° 77, et *The London med. Record*, 15 juin 1883, p. 238.) On peut se demander en présence de cette rapide résolution si l'éruption était un érysipèle vrai ou bien une éruption d'origine nerveuse? — C. L. D.

Purpura hemorrhagica d'origine quinique, par le docteur Comin. — La malade, femme de 45 ans, était atteinte de fièvre tierce. A la suite de l'administration d'une dose de sulfate de quinine (c'était la seconde), elle éprouva de la céphalalgie, du mouvement fébrile, de la prostration et des vomissements bilieux. Le lendemain, elle était couverte d'ecchymoses nombreuses, sur le bras, l'avant-bras droit et le côté droit du cou. En même temps se manifestaient de l'hématémèse, de l'hématurie et de la métrorrhagie. Les symptômes disparurent bientôt. Dix jours plus tard un accès fébrile se produisait de nouveau, on administra la quinine qui donna lieu aux mêmes accidents hémorrhagiques. L'arsenic fut employé avec succès et sans causer les mêmes phénomènes. (*El Siglo medico*, 15 avril.) — C. L. D.

Effets physiologiques du bain de pieds chaud, par Shokowsky. — Pendant un pédiluve de quinze à vingt minutes, on observe sur des convalescents ou des individus bien portants les modifications suivantes de la circulation générale. La température du pédiluve étant de 42° à 45°, on constate l'élévation graduelle de la température du conduit auditif externe qui atteint son maximum cinq minutes après le bain et atteint de un à quatre dixièmes et même six dixièmes de degré. En même temps on constate la chute de la température rectale, dont le minimum coïncide avec la cessation du bain.

Les phygmo-manomètre de Busch, accuse une augmentation de la tension dans l'artère radiale, persistant encore quelques minutes après le bain et s'élevant à 8 millimètres en moyenne. Les tracés sphygmographiques sont concordants avec les indications du sphygmomanomètre ; l'accélération du pouls s'accroît de cinq en moyenne, mais disparaît après le pédiluve plus promptement que les autres modifications circulatoires. (*London med. Record, Lyon med.*, 19 août 1883.) — C. L. D.

Paralysie du nerf moteur oculaire commun pendant la période cataméniale, par Hasner. — Cette communication a été faite à la réunion de mars de l'Association des médecins allemands à Prague. La malade, jeune fille de 17 ans, venait d'être menstruée pour la première fois, quand le lendemain, elle s'aperçut que la paupière gauche était paralysée. Cette perte de motilité diminua peu à peu et disparut avec la cessation des menstrues. Les mêmes accidents se reproduisent à chaque période cataméniale, et sont dus, d'après l'auteur, à l'hyperémie vasculaire de la région avoisinant l'origine du nerf moteur oculaire gauche. (*Wien. med. Blatter*, 15 mars et *The London med. Record*, 15 juin 1883, p. 247.) — C. L. D.

Un cas d'ataxie locomotrice, par Hammond. — A la suite d'excès alcooliques et d'une attaque de *delirium tremens*, le malade éprouva des douleurs fulgurantes dans les membres, de la gêne de la marche, puis après quelque temps, l'impossibilité de se tenir debout sans un appui, de l'anesthésie, de l'absence des réflexes tendineux. Il n'existait pas de paralysie vésicale ; la mémoire était diminuée. Comme on soupçonnait des accidents syphilitiques, le docteur Anderson administra sans succès l'iodure de potassium et le sublimé. Le docteur Hammond employa la faradisation et la galvanisation, ainsi que la cautérisation de la région vertébrale et obtint graduellement la disparition des troubles ataxiques et le retour partiel des réflexes tendineux. Ce médecin a observé ce dernier fait dans un autre cas d'ataxie. Le docteur Putnam cite aussi des observations semblables de guérison signalées par Baerker et Erb. Le malade de Erb ne présentait plus d'accident ataxiques, mais à l'autopsie, on trouva les lésions caractéristiques de l'ataxie locomotrice. (*American neurol. Assoc.*, 21 juin 1883. — *N.-Y. med. Journ.*, n° 722, 30 juin 1883.) — C. L. D.

Action de la napelline sur un cas de névralgie faciale, par M. le docteur Grognot. — L'observation de M. Grognot (de Milly) présente un grand intérêt et fait honneur à la sagacité clinique de notre confrère. Il s'agissait d'une jeune fille atteinte depuis trois ans de névralgies faciales violentes, périodiques, mais indépendantes néanmoins de la menstruation. Divers traitements d'aconitine cristallisée avaient échoué, quand M. Grognot est appelé auprès d'elle pour combattre un nouvel accès. Il prescrit l'administration quotidienne de dix granules de napelline, chaque granule contenant deux milligrammes et demi de l'alcaloïde. En quelques heures la douleur disparut. Deux mois plus tard, un nouvel accès fut combattu avec autant de succès.

La napelline peut donc réussir là où l'aconitine cristallisée échoue. Aussi, l'auteur se demande avec raison si les résultats de l'aconitine amorphe, plus rapides et plus efficaces que ceux de l'aconitine cristallisée, ne dépendent pas de ce que la seconde a été purifiée de sa napelline. (*Bulletin gén. de thérap.*, p. 222, 15 septembre 1883).

C. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 décembre 1883. — Présidence de M. Hardy.

La correspondance comprend : 1° Une lettre de M. Dezanneau (d'Angers), qui demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de correspondant ; 2° un pli cacheté, déposé par M. Mathieu (accepté) ; 3° une note de M. le docteur Sandras, *sur les inhalations médicamenteuses*.

M. le Président annonce que la séance annuelle de 1882 (distribution des prix) aura lieu le 18 décembre courant.

De l'inoculation préventive avec les cultures charbonneuses atténuées par la méthode des chauffages rapides.

M. Chauveau (de Lyon) adresse une note sur ce sujet :

Comme milieu de culture, je me sers, dit l'auteur, de bouillon de poulet léger et clair, préparé avec une partie de viande pour cinq parties d'eau.

Pour obtenir la semence, je féconde toujours le matras où elle doit se faire avec du sang frais de cobaye, et je ne prolonge jamais la culture au delà de vingt-quatre heures, la température étant maintenue à + 43°. L'expérience m'a enseigné que c'est

dans la période comprise entre la douzième heure et la vingtième heure de la culture que le mycelium fragmenté qui en résulte est le mieux disposé à subir l'atténuation par le chauffage rapide.

C'est à la température + 47° que j'expose pendant trois heures le mycelium de cette culture, pour y déterminer l'atténuation fondamentale.

Pour les cultures de deuxième génération qui fournissent la matière dite vaccinale, il faut veiller à ce que cette couche soit également épaisse dans tous les récipients, sans quoi on s'expose à obtenir des résultats fort divers. Le résultat normal s'observe communément dans les matras Pasteur, du modèle ordinaire le plus grand, garnis de 20 grammes de bouillon. La culture qui résulte de l'exposition de ces matras à la température + 35°, + 37°, pendant cinq à sept jours, est généralement plus ou moins riche en belles spores, douées d'un commencement d'atténuation et surtout de la propriété de s'atténuer davantage sous l'influence du chauffage à + 80°, + 82° pendant une heure et demie.

Bacilles et microzymas.

M. Béchamp : M. Bouchardat vous a communiqué un travail sur la genèse du parasite de certaines maladies contagieuses, et j'ai constaté avec plaisir que nous étions d'accord sur ce point, que les maladies naissaient en nous par le développement pathologique de parasites. Seulement, là où nous sommes en désaccord, c'est quand il dit que ce sont les organites qui se transforment en parasites. Les organites dont il parle sont des cellules; or, on ne vit jamais une cellule quelconque se transformer en vibrionien, en un être vivant.

Pour que je fusse absolument de l'avis de M. Bouchardat, il faudrait qu'il admît que les organites élémentaires ne sont pas des bactéries, mais que ce sont des éléments susceptibles d'évoluer en donnant naissance à des bactéries.

—

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique.

Votants : 85. — Majorité : 43.

M. Vidal obtient 57 voix; — M. Hayem, 24; — M. Blachez, 1; — M. Desnos, 1; — Bulletins blancs, 3.

En conséquence, M. Vidal ayant obtenu la majorité des suffrages est élu.

—

Diagnostic des phthisies pulmonaires douteuses par la présence des bacilles dans les crachats.

M. Germain Sée : La phthisie, ainsi que cela résulte des travaux de Cornil et Hérard, Grancher, Charcot, doit être considérée comme une, et la pneumonie dite caséeuse n'est qu'une variété de phthisie. Ce qui est vrai pour la phthisie humaine est vrai également pour la phthisie provoquée sur les animaux : il suffit, pour s'en convaincre, de se rappeler les belles expériences de Villemin.

Il résulte de ces considérations que l'élément primordial de la phthisie est, comme l'avait déjà pressenti Laënnec, un élément spécifique. On peut ajouter, aujourd'hui, que cet élément est virulent, transmissible, grâce à la présence de parasites qui ne sont autres que les bacilles découverts par Koch.

Ces bacilles, qui se présentent sous la forme de bâtonnets très minces, dont la longueur égale le quart ou la moitié d'un globule sanguin, se rencontrent dans tous les produits tuberculeux de l'homme et des animaux : ils se rencontrent également dans les liquides sécrétés, notamment dans les crachats, et même, quoiqu'en moindre quantité, dans le sang, l'urine, les matières fécales.

On les rencontre également dans les lésions de la scrofule, adénites, ostéites; Cornil, Besnier les ont vus dans le lupus.

Ce qui montre bien l'influence de ces bacilles sur le développement de la phthisie, c'est que, en quelque endroit qu'on les recueille, ils produisent constamment la tuberculose lorsqu'on les inocule à des animaux. Ils la produisent même plus sûrement que la matière tuberculeuse elle-même.

De tout cela, il résulte que le bacille est l'élément le plus important de la tuberculose; c'est le témoin irrécusable de la maladie. On comprend, de reste, combien cette donnée peut être utile au diagnostic de la phthisie, puisque, de la présence ou de l'absence de ce parasite dans un produit excrété, les crachats, par exemple, on pourra conclure à l'existence ou à la non-existence de la phthisie.

Les premières recherches faites pour déceler la présence des bacilles dans les crachats remontent à Koch, qui fut bientôt imité par Ehrlich, Balmer et Frankel, Cornil et Babès, Straus, etc. Tous ces auteurs arrivèrent à cette conclusion, que le bacille existait dans les crachats de tous les tuberculeux, tandis qu'ils manquaient chez les malades atteints de toute autre affection pulmonaire. Leur nombre varie suivant des circonstances diverses, mais sans qu'il soit possible de déduire une valeur pronostique quelconque de cette variabilité.

Ces données peuvent rendre de grands services lorsqu'il s'agit non plus de phthisies confirmées, mais bien de phthisies douteuses, et c'est ce sujet qui fait l'objet principal de cette communication.

On peut admettre trois catégories de phthisies difficiles à reconnaître :

Les *phthisies latentes*, uniquement caractérisées par une toux quinteuse avec expectoration rare, sans modification du murmure respiratoire, ni de la sonorité thoracique. Dans ces conditions, comme il n'est pas nécessaire que le processus morbide soit développé jusqu'à la destruction de la muqueuse pour que le bacille apparaisse dans la cavité bronchique, l'examen des crachats peut fixer le diagnostic, en l'absence de tout signe stéthoscopique.

A cette même catégorie de phthisiques, on peut rattacher ceux chez lesquels l'hémoptysie ouvre la série des accidents tuberculeux, sans que l'on puisse découvrir pendant longtemps la nature de l'hémorrhagie. La découverte des microbes dans les crachats sanguinolents de ces malades fait cesser tous les doutes. J'ai en ce moment dans mes salles une femme qui entra à l'hôpital pour des crachements de sang, remontant à une semaine seulement. Rien dans son état ne semblait indiquer qu'elle était phthisique. Cependant, l'examen des crachats ayant révélé la présence de bacilles, je portai le diagnostic de tuberculose. A l'heure actuelle, un mois après l'entrée de la malade, on trouve des signes incontestables de caverne pulmonaire. On peut même induire de cette découverte précoce du bacille, que l'hémoptysie est bien le premier signe de la tuberculose, qu'elle n'en est pas la cause, ainsi qu'on l'a prétendu. Ce qui confirme encore cette manière de voir, c'est que l'inoculation des crachats de semblables hémoptysiques a été pratiquée et qu'elle a constamment déterminé de véritables phthisies expérimentales.

Au sujet de ces hémoptysies prémonitoires, je rappellerai que, dans ces derniers temps, on a prétendu qu'un certain nombre étaient d'origine arthritique et qu'elles guérissaient, tandis que d'autres, d'origine tuberculeuse, étaient fatalement mortelles. Cette opinion ne paraît pas justifiée, car certaines hémoptysies, fussent-elles tuberculeuses, peuvent guérir, et leur origine non tuberculeuse ne peut être rendue incontestable qu'à la suite d'un examen des crachats par la méthode que je viens d'indiquer.

La recherche des bacilles peut rendre les plus grands services dans le diagnostic de la phthisie miliaire et de la fièvre typhoïde, affections que l'on confond si souvent l'une avec l'autre. La présence dûment constatée de bacilles dans l'expectoration de ces malades suffit pour éliminer l'hypothèse de la fièvre typhoïde.

Les *phthisies larvées* sont celles qui débutent sous forme d'une maladie aiguë des organes respiratoires, masquant les caractères propres à la tuberculose. C'est encore par l'examen des crachats que l'on arrivera le plus facilement au diagnostic.

Voici un certain nombre d'observations qui paraissent concluantes à cet égard :

Un homme de dix-neuf ans se présente à l'Hôtel-Dieu, le 13 septembre, avec tous les signes d'une pneumonie lobaire aiguë. Au bout de neuf jours, la défervescence ne s'établissant pas régulièrement, on examine les crachats : comme ils contenaient une quantité considérable de bacilles, on reconnaît qu'il s'agit là de tuberculose, et, en effet, dès les premiers jours d'octobre, on constatait l'existence de cavernes pulmonaires.

Même histoire pour un autre malade atteint de pneumonie droite, que l'on considéra tout d'abord comme franche et légitime. Au bout de trois semaines, la maladie n'arrivant pas à la défervescence complète, on examine les crachats : ils paraissent d'abord dépourvus de bacilles, mais ceux-ci sont enfin découverts à la suite de trois examens successifs et les signes de la phthisie véritable ne tardent pas à se montrer.

La même chose a pu se produire sur des bronchitiques.

Un jeune homme de dix-huit ans se refroidit, tousse pour la première fois de sa vie, et entre à l'Hôtel-Dieu ; l'on reconnaît dans sa poitrine tous les signes d'une bronchite simple. On examine les crachats et l'on trouve des bacilles. Le malade cependant s'améliore au point que l'on pouvait le croire guéri, lorsque l'on constate au sommet du poumon droit des craquements humides, puis un véritable gargouillement.

Un homme de soixante-huit ans entre dans le service de M. Hayem, toussant depuis quinze jours ; on ne trouve dans sa poitrine que des signes de bronchite, mais ses

crachats contiennent des bacilles. Trois jours après, le malade meurt, et l'autopsie révèle la présence de granulations tuberculeuses dans ses poumons.

De même encore chez des individus atteints de laryngite :

Un homme de quarante ans est atteint, depuis quelques semaines, d'une laryngite. L'examen des divers organes ne permet pas d'en découvrir la nature, simple, alcoolique ou tuberculeuse. Les crachats renfermant une certaine quantité de bacilles, on porte le diagnostic de tuberculose. La suite de l'observation montre l'exactitude de cette manière de voir.

L'on sait que bien souvent, les pleurésies sont, elles aussi, la première manifestation de la tuberculose, mais il est bien rare que l'on puisse établir un semblable diagnostic, au début du moins. Dans ce cas encore, l'examen des liquides sécrétés pourra mettre sur la voie : comme les pleurétiques ne crachent pas, c'est à l'examen du liquide pleural que l'on devra avoir recours.

M. Babinski, interne de M. Vulpian, m'a communiqué à cet égard l'observation suivante :

Un malade atteint de pleurésie purulente reste pendant quatre mois dans un état assez grave, sans que toutefois l'examen de ses poumons révèle les signes de tuberculose. M. Dejerine examine trois fois le liquide de la plèvre et une seule fois il trouve un seul bacille. Trois semaines après, le malade présentait des craquements pulmonaires, et un nouvel examen du pus pleural y révèle la présence de nombreux bacilles. L'autopsie vint plus tard démontrer qu'il s'agissait bien là d'une tuberculose.

Enfin, la troisième catégorie des phthisies à diagnostic difficile, comprend les pseudo-phthisies cavitaires dues à une cause autre que la tuberculose : une tumeur, une gomme syphilitique ulcérée, une dilatation bronchique, etc.

Dans ces divers cas, les symptômes rappellent ceux des phthisies avancées, mais l'examen des crachats, en montrant l'absence de bacilles, suffit à fixer le diagnostic et permet d'éviter l'erreur.

Voici une observation qui confirme cette manière de voir :

Un homme, arrivé au dernier degré de la misère physiologique, entre à l'Hôtel-Dieu avec des signes cavitaires du sommet du poumon. Comme le malade n'avait pas de fièvre, on conçut quelques doutes au sujet de la nature tuberculeuse de l'affection et l'on examina ses crachats. Ils ne contenaient aucun parasite. Au bout d'un mois, le malade reprenait de l'appétit, son état général devenait bon, et au moment où il sortit, on pouvait le considérer comme guéri. M. Debove et M. Mousson ont publié des cas analogues.

Enfin, la recherche des bacilles dans les crachats a permis de résoudre une question de pathogénie très controversée, celle de savoir si les catarrhes chroniques des diabétiques sont dus à la phthisie ou à une lésion chronique de nature spéciale. Les recherches de Simmermann et Rutimeyer, de Leyden, de Merkel, de Riegel, en démontrant la présence de bacilles dans les crachats de semblables malades, a démontré qu'il s'agit là d'une véritable tuberculose.

— La séance est levée et l'Académie se forme en comité secret, pour entendre la lecture du rapport de M. Chatin sur les candidats au titre de correspondant dans la division de chimie et de pharmacie. La liste de présentation a été établie comme il suit : En première ligne, M. Cazeneuve (de Lille); en deuxième ligne et *ex æquo*, MM. Lotard (de Lille) et Perrier (de Bordeaux).

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT DU 3 AU 8 DÉCEMBRE 1883.

Jeudi 6. — M. Karth : Etude sur une forme grave d'oreillons. (Président, M. Bouchard.) — M. Folliasson : Essai sur la topographie médicale, l'histoire et l'hygiène de l'arrondissement de Grenoble. (Président, M. Laboulbène.)

Samedi 8. — M. Michaux : Contribution à l'étude du carcinome de la parotide. (Président, M. Gosselin.) — M. Minière : De l'emphysème traumatique considéré surtout comme complication des fractures de côtes. (Président, M. Richet.)

COURRIER

Les quelques mots d'adieu qui suivent ont été prononcés aux obsèques de notre regretté metteur en pages, Nicolas, au nom de M. le docteur Chéreau, retenu par la maladie. L'*Union Médicale* et ses rédacteurs actuels tiennent à reproduire ces paroles, car Nicolas, pas plus qu'aux anciens rédacteurs, ne leur a marchandé son zèle et son dévouement. C'est un hommage qui lui est bien dû, après tant d'années de bons et loyaux services, et auquel nous nous associons de grand cœur.

Messieurs,

L'homme honnête, probe, intelligent, que nous conduisons aujourd'hui à sa dernière demeure, a été pendant près d'un demi-siècle, la cheville ouvrière de l'*Union Médicale*; son nom se trouve comme soudé à la naissance, à l'évolution, à la prospérité de cette feuille; il a été l'ami, l'ami dévoué, l'ami de tous les instants, du regretté Amédée Latour. J'ai l'honneur de pouvoir dire qu'il a été aussi le mien.

La vaillante corporation des ouvriers typographes doit se féliciter d'avoir eu Nicolas au milieu d'elle; les rédacteurs de l'*Union Médicale* auront à regretter le metteur en pages modèle, l'ouvrier fin, intelligent, bon et dévoué, avec lequel tout devenait facile, et qui possédait un merveilleux tact pour résoudre les difficultés.

Adieu, mon cher Nicolas... tu dois être fatigué après tant de labeurs... Repose en paix, comme doivent le faire tous les gens de bien.

Société de médecine de Paris. — Séance du 8 décembre 1883.

Ordre du jour : I. M. Dubrisay : Rapport sur la candidature de M. Jacollot au titre de membre correspondant. — II. M. de Ranse : Rapport sur la commission du concours pour le prix Duparque en 1885. — III. Vote sur la candidature de M. Loison, de Brunoy, au titre de membre correspondant. — IV. Elections du bureau pour 1884.

Concours du prosectorat des hôpitaux de Paris. — Ce concours vient de se terminer par la nomination de M. Alfred Ricard, actuellement interne à l'hôpital de la Charité. Le nombre des candidats était de onze.

Les questions données pour les diverses épreuves sont les suivantes :

Epreuves orales. — A. Questions d'anatomie : 1° Les méninges spinales; 2° le pharynx; 3° le cœur, moins sa structure.

B. Questions de physiologie : 1° De l'absorption intestinale; 2° salive et sécrétion salivaire; 3° circulation capillaire.

C. Questions de pathologie externe : 1° rétrécissement de la trachée; 2° ulcères des jambes.

Composition écrite. — Anatomie pathologique des tumeurs blanches.

Épreuves de dissection. — Les muscles de la plante du pied.

Préparations de pièces. — Portion cervicale du pneumo-gastrique.

Epreuves opératoires. — 1° Ligature de la carotide externe; 2° amputation des deux derniers métatarsiens avec leurs orteils.

— Sont appelés à jouir, pendant l'année scolaire 1883-1884, d'une des bourses d'enseignement supérieur instituées par la fondation de Barkow : MM. Ernest Copin, Jean-Henri Cuvillier, étudiants de la Faculté de médecine de Paris, et Georges-Alexandre Joubert, élève de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

Administration générale de l'Assistance publique a Paris. — *Concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie vacantes au 1er avril 1884 dans les hôpitaux et hospices de Paris.* — Le jeudi 17 janvier 1884, à deux heures précises, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'Administration de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, n° 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie vacantes dans les hôpitaux et hospices.

Les élèves qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 10 décembre 1883, et fermé le samedi 29 du même mois, à trois heures.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Clinique Médicale des Hôpitaux

Du rhumatisme noueux infantile.

SON ÉTIOLOGIE ET SON TRAITEMENT.

Hôpital des Enfants-Malades. — (Service de M. DESCROIZILLES.)

Le rhumatisme chronique progressif de l'enfant. — Aussi fréquent chez les garçons que chez les filles. — Influences étiologiques. — Hérédité. — Rhumatisme. — La goutte de l'indigence et la maladie des pauvres. — Indications diagnostiques : arthrites noueuses de l'enfance, arthropathies diathésiques, tabétiques et sclérosiques. — Déformations articulaires post-traumatiques. — Diagnostic de la forme et de la variété : rhumatisme noueux infantile, arthrite sénile et *nodi digitorum* d'Heberdeen. — Rareté des complications. — Indications pronostiques et thérapeutiques.

Le lit n° 32 de la salle Saint-Ferdinand est occupé, depuis plusieurs semaines, par un jeune garçon de huit ans et demi en puissance d'une affection chronique aussi rare dans les établissements hospitaliers consacrés à l'enfance qu'elle est relativement fréquente dans les asiles de vieillards et d'incurables. Ce qui, en effet, attire surtout l'attention, même dans l'examen superficiel de ce malade, ce sont des altérations et des troubles fonctionnels articulaires des mains, des poignets et des coudes, aux membres supérieurs; des orteils, du cou-de-pied et du genou, aux membres inférieurs. Ces arthropathies symétriques, déformantes et polyarticulaires sont des plus nettes, des plus apparentes et, à première vue, des plus saisissantes.

En ce moment, bien que la maladie ait pris depuis longtemps domicile sur ces nombreuses jointures, la peau qui les recouvre possède une coloration et une température normales. Ce malade n'a pas de fièvre, mais il est pâle et son état général souffreteux. Récemment encore, il n'en était

FEUILLETON

CAUSERIES

L'auteur d'un des articles de notre numéro du 11 octobre dernier avait bien raison de se demander « si la nouvelle organisation des Écoles de santé militaire et le décret du « 4 octobre étaient choses définitives ». Moi-même, en traitant cette question dans ma *Causerie* du 27, j'avais au bout de ma plume l'expression du même doute, car, en voyant disparaître si vite le ministre qui voulait fonder les nouvelles Écoles, l'inquiétude m'avait pris que cette création eût le même sort que son auteur. Si je m'étais abstenu de laisser paraître ce peu de confiance, c'était dans un sentiment de respect pour la stabilité de nos institutions en général, et des décrets ministériels en particulier.

Nous avions pourtant deviné juste, mon collègue et moi, lui dans ce qu'il a écrit, moi dans ce que je me disais tout bas, car les Écoles de médecine militaire sont renvoyées maintenant à cette échéance fantastique dont l'antiquité nous a transmis la tradition sous le nom de kalendes grecques. Si je reviens, sous peine de quelques redites, sur un sujet déjà traité, c'est que je ne le crois pas épuisé, et que je considère les intérêts du Corps de santé de l'armée comme des plus dignes d'attention parmi tous les intérêts professionnels dont notre journal revendique la défense; c'est aussi qu'il est difficile de laisser passer sans réflexions le rapport déposé à la Chambre des députés par M. Maigaine, dans la séance du 8 novembre.

C'est ce rapport qui a coulé à fond les Écoles de médecine militaire, en leur portant

pas ainsi, et M. Descroizilles a été témoin d'un paroxysme douloureux dont il a combattu activement la poussée subaiguë par le salicylate de soude.

On manque, il est vrai, de renseignements sur les antécédents héréditaires de cet enfant; mais on sait qu'orphelin il a été victime de persistantes privations et dépourvu de soins hygiéniques. De plus, sur les os de la cage thoracique, sur le squelette de la jambe et du bras, il existe des incurvations rachitiques; enfin, naguère encore, il était atteint d'une ophthalmie scrofuleuse. En fait, à défaut des aveux du malade et des déclarations de ses nourriciers, ces indices commémoratifs révèlent bien que le terrain d'évolution de ces arthropathies est celui d'une débilité générale acquise ou bien congénitale.

Réduit à garder le lit au moment de son admission dans le service de M. Descroizilles, il éprouvait de l'endolorissement et de la gêne dans les jointures. Depuis, si les douleurs et les désordres articulaires se sont atténués, les déviations, les déformations, les troubles fonctionnels, la motilité n'en persistent pas moins; de sorte qu'aujourd'hui ces arthropathies possèdent encore leurs allures cliniques des premiers jours.

Ces déviations sont les suivantes : à l'exception du pouce, dont les segments conservent leur direction, les doigts ont pris la forme d'un Z. Combinée avec les déviations du métacarpe et du carpe, cette attitude donne l'aspect d'une sorte de griffe aux deux mains, dont le bord cubital est dans l'inclinaison en dedans et la face palmaire en légère flexion sur l'avant-bras. Les poignets et les coudes sont gonflés, et leurs jointures semblent rouillées.

Aux membres inférieurs on observe des déviations aussi manifestes, quoique moins prononcées sur les divers segments intermédiaires aux articulations du pied, du cou-de-pied et du genou; le gros orteil a perdu sa forme et sa direction.

Mais l'aspect physique des régions malades n'est pas seulement modifié par ces déviations, elles sont aussi le siège de déformations des extrémités osseuses contiguës. Ces bosselures, dures et résistantes à la pression, ne s'accompagnent pas de rougeur de la peau. Ce sont des nouures multiarticulaires, apparentes surtout à la main et au pied, c'est-à-dire sur les petites articulations, bilatérales d'ailleurs et nettement symétriques sur chaque segment homologue des membres supérieurs ou inférieurs.

---

ce qu'on appelle vulgairement le coup du lapin; le plus grave, c'est que plusieurs appréciations contenues dans ce document visent, par dessus les Ecoles, la constitution même du Corps de santé, suivant certains principes et certaines données qu'il est impossible de laisser s'accréditer.

Admettons qu'il y ait eu un vice de forme dans la procédure suivie pour l'organisation des Ecoles, qu'on ait engagé les finances de l'Etat sans crédit ouvert; si quelques règles de cet ordre n'ont pas été observées, ce n'est point notre affaire, bien qu'à tout prendre, les finances de l'Etat soient tellement habituées à être engagées et les crédits à être ouverts, qu'une fois de plus ou de moins, cela ne pouvait guère tirer à conséquence.

La première nouvelle désobligeante que les médecins militaires auront cueillie dans le rapport de M. Margaine, c'est qu'il n'est plus du tout question de porter leur effectif au chiffre prévu par la loi sur l'administration de l'armée. Cette loi, si longtemps attendue par le Corps de santé, et obtenue après de si pénibles efforts, devient donc lettre morte en ce qui concerne l'augmentation des cadres. C'était pourtant un dispositif auquel nos confrères de l'armée attachaient quelque importance; indépendamment des conquêtes que leur assurait cette loi, il ne leur était point indifférent qu'elle embellît quelque peu les conditions de leur avancement, et je ne pense pas que personne, même dans le Parlement, songe à les en blâmer. Voilà donc cette augmentation des cadres, qui était chose acquise, votée et décidée, et qui avait reçu déjà un commencement d'exécution, ajournée aujourd'hui selon les termes mêmes du rapport sur le budget de la guerre. Il paraît que, quand les finances de l'Etat sont engagées, même le plus régulièrement, on les dégage, et tout est dit. Ce n'est pas, me direz-vous, une affaire d'Etat que la déception causée aux médecins militaires par cette sorte de retrait de la loi sur

Il existe de la rétraction des tissus fibreux périarticulaires et des aponévroses, lésions qui, avec les déformations osseuses, contribuent à produire les déviations et les troubles de la motilité. De là ces craquements qui accompagnent les mouvements provoqués ; de là des troubles fonctionnels, la gêne de la marche, par exemple, ou bien de la préhension. Quand le petit malade veut se déplacer, il soulève à peine les membres inférieurs. Il y a une grande raideur dans les genoux, les hanches et le cou-de-pied. Ne pouvant ni fléchir ni étendre ces articulations, selon l'expression de Trousseau, il marche à la façon des canards. Essaye-t-il de porter la main vers la bouche, il éprouve les mêmes difficultés à mouvoir le coude ou le poignet. Enfin, autre cause d'impotence fonctionnelle et témoignage de l'origine relativement ancienne de la maladie, les muscles ont perdu de leur volume et de leur contractilité.

Voici, en résumé, le signalement clinique actuel de cette affection : arthrites chroniques, multi-articulaires, noueuses et symétriques à évolution progressive et à poussées paroxystiques subaiguës existant chez un garçon dans la deuxième enfance, avec tous les attributs de la débilité constitutionnelle acquise ou bien congénitale. Ces conditions symptomatiques, à l'âge près, sont bien celles du *rhumatisme articulaire chronique, progressif*, des adultes ou des vieillards, c'est-à-dire des *nodosités des jointures* de Haygarth, de l'*arthrite rhumatoïde* de Garrod, plus connu, mieux désigné et surtout soigneusement étudié par les cliniciens français sous le nom de *rhumatisme noueux*.

Si, depuis Sydenham, Musgrave, Landré-Beauvais et Haygarth, la littérature médicale de cette affection, chez les individus avancés en âge, s'est enrichie des travaux de Fuller, de Garrod, de Trastour, de Lasègue et surtout de M. Charcot, pour citer seulement quelques noms, elle est, par contre, bien pauvre en documents cliniques sur le rhumatisme noueux infantile. Aussi, malgré de patientes recherches bibliographiques, M. Moncorvo (de Rio-de-Janeiro), et M. Mauriac (de Bordeaux) (1), le savant traducteur de la monographie de cet estimé médecin brésilien, n'ont pu en recueillir que neuf cas dans les recueils périodiques antérieurs à 1877. D'ailleurs, les

(1) Moncorvo : *Du rhumatisme chronique noueux des enfants*, traduit et annoté par M. Mauriac, 1880.

---

l'administration de l'armée; non, ce sont leurs affaires, dont il est légitime qu'ils se préoccupent, et légitime aussi sera leur surprise de se voir reprendre ce qu'on leur avait accordé.

Pour l'ancien effectif, le recrutement est-il suffisant, comme l'admet encore le rapport de M. Margaine? J'allais me mettre en quête de chiffres pour démontrer qu'il n'en est pas ainsi, quand je trouve ma besogne très simplifiée par l'excellent article de mon ami Lereboullet, dans le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire,* où il est prouvé que par le mode actuel de recrutement le nombre des admissions dans le corps de santé diminue tous les ans, malgré la proportion également décroissante des candidats éliminés. Ce n'était donc pas sans motif qu'il avait été décidé de revenir à un recrutement mieux assuré.

Mais précisément M. Margaine n'accepte pas que la création des Ecoles de médecine militaire conduise à ce résultat, et il pose ce dilemme : ou les Ecoles feront de mauvais médecins militaires (on ne voit pas bien pourquoi), ou elles en feront d'excellents, et qui n'en abandonneront que plus vite la carrière militaire pour bénéficier de leur supériorité dans la carrière civile. Ce qui est bien digne de remarque dans cette argumentation, c'est qu'elle est établie absolument comme si l'Ecole de Strasbourg n'avait jamais existé, on avait donné des résultats déplorables. Il y a eu là cependant une expérience faite que l'on peut considérer comme décisive, et qui réduit à néant toutes les objections que nous voyons imaginer contre la réorganisation de ce système. Il est parfaitement inexact qu'une Ecole de médecine, quelle qu'elle soit, ne puisse avoir d'autre effet que de permettre aux plus instruits d'abord, et successivement à tous les autres, de se jeter dans la carrière civile. Rien de plus facile que de s'assurer du con-

auteurs d'ouvrages classiques sur les maladies de l'enfance, Henri Roger, Barrier, Rilliet et Barthez, d'Espine et Picot, West, Fletwood Churchill, Galigo, Vogel, Steiner, Pepper et Ellis, ne s'y arrêtent pas. M. Descroizilles, l'un des premiers, vient de lui ouvrir un chapitre spécial dans son ouvrage très récent, très complet et très pratique sur la pathologie et la clinique infantiles (1).

En 1877, M. Dally et M. Blache en ont signalé chacun un cas à la Société de thérapeutique, de sorte qu'en les additionnant avec les précédents et celui du malade de la salle Saint-Ferdinand, on obtient un total de onze observations plus ou moins détaillées. C'est donc à tort qu'avant le témoignage oral de M. Bouchut, qui, d'après M. Moncorvo, en aurait, durant sa longue carrière, observé une demi-douzaine de cas; avant aussi la déclaration de M. Cornil dans ses annotations au livre de Niemeyer, on attribuait à l'enfance une immunité absolue à l'égard du rhumatisme chronique. Tout exceptionnelle que soit ce dernier, eu égard à la fréquence de l'arthrite noueuse à un âge avancé de la vie, rien dans l'histoire générale du rhumatisme n'autoriserait à la mettre en doute, chez le petit malade de la salle Saint-Ferdinand, en présence des symptômes ci-dessus énumérés.

C'est à des arguments empruntés à l'étiologie, à la pathogénie et à la symptomatologie de motiver définitivement ce diagnostic.

Au *point de vue étiologique*, objectera-t-on le jeune âge? Soit. Qu'observe-t-on en comparant les onze cas mentionnés plus haut chez des malades ayant moins de 16 ans? Trois fois l'affection a débuté à l'âge de 2 ans (Moncorvo, Smith, Blache); deux fois à 16 ans (Charcot, Vulpian) (2), deux fois à 15 ans (Durand-Fardel), deux fois à 10 ans (Martel, Charcot). Reste donc le malade actuellement en traitement à la salle Saint-Ferdinand, et celui dont M. Laborde communiqua l'histoire clinique à la Société de biologie. Celui-ci a 8 ans, celui-là avait aussi 8 ans; mais sa maladie datait de quatre années.

Ces deux derniers cas ne sont pas sans analogie, puisque les polyarthrites déformantes du malade de la salle Saint-Ferdinand sont antérieures de longs mois à son admission dans le service de M. Descroizilles. Dans

(1) Descroizilles : *Manuel de pathologie et de clinique infantiles*, 1884, p. 938.
(2) *Clinique méd. de la Charité*, 1879.

---

traire, et de retrouver aujourd'hui dans le Corps de santé, non seulement les plus instruits des anciens élèves de Strasbourg, mais aussi tous les autres, ou la plupart des autres; car si les plus instruits et tous les autres s'étaient retirés, ce que M. Margaine déclare inévitable à la sortie de l'École, il est bien certain que depuis longtemps il n'y aurait plus un seul médecin militaire dans l'armée française.

Enfin, le point le plus faible du rapport en question est dans cette affirmation imprévue qu'il y a, pour l'armée, un nombre suffisant de médecins sortant des Écoles et des Facultés, et que le principe du service obligatoire est, pour cette profession, d'une application plus facile que pour toute autre. Il est bien permis d'en douter, si l'on se rappelle que les médecins de réserve n'ont jamais été convoqués, qu'une seule fois, précisément parce que l'application du service obligatoire a été reconnue plus difficile pour cette profession que pour toute autre. Les médecins civils ne sont donc pas disponibles pour se transformer en médecins militaires, comme le simple réserviste qui va faire ses vingt-huit jours.

Et ils seraient disponibles que cela ne suffirait pas, s'ils n'y sont pas préparés. Car il faut renoncer une bonne fois à cette idée, que tout médecin est capable de faire un excellent médecin militaire du jour au lendemain. Le médecin militaire a sa spécialité, son milieu, ses traditions, et tout concourt à lui constituer, pour l'exercice de son art, un ensemble de conditions que la pratique civile ne réalise pas le moins du monde. C'est donc un principe condamné par la moindre connaissance du sujet, que cette soi-disant aptitude de tous les médecins à entrer d'emblée dans l'armée. Consultez-les eux-mêmes, et vous les trouverez beaucoup moins confiants, beaucoup moins rassurés sur leurs débuts comme médecins militaires.

toute cette série, les manifestations morbides furent donc constatées sept fois entre la deuxième et la dixième année, et quatre fois seulement à l'âge de 15 à 16 ans.

Au point de vue du *sexe*, Cruveilher avait désigné le rhumatisme noueux des adultes sous le nom de *goutte des femmes*. En ce qui concerne l'enfance, cette loi mérite revision, malgré la statistique des neuf malades dont parle M. Moncorvo et dont six étaient des filles. A ces chiffres, on peut en opposer d'autres; en totalisant avec le cas actuel ceux qui ont été cités par les divers auteurs, on arrive alors à cette proportion toute différente de six cas chez des garçons dans une série de douze observations de rhumatisme noueux infantile. C'est donc à tort qu'on essayerait de tirer quelque argument diagnostique des considérations de sexe.

Le sexe est un élément étiologique de médiocre valeur; en est-il de même des autres facteurs pathogéniques? Ici, en l'absence de renseignements commémoratifs et en demeurant sur le terrain des faits, il faut mettre l'hérédité hors de cause, tout en tenant compte de son influence toujours vraisemblable. Ici moins qu'ailleurs, le malade étant un enfant, on n'invoquera pas à coup sûr l'état chloro-anémique pour réhabiliter occasionnellement l'*arthritis chlorosa* de Musgrave. Par contre, les troubles trophiques dont le rachitisme est un indice révélateur, la scrofule, la débilité générale, le froid, le défaut d'hygiène et d'alimentation sont un fonds commun qui a été favorable au développement de cette arthrite déformante. Le rhumatisme noueux de ce petit malade est donc bien la *goutte de l'indigence* et la *maladie des pauvres* d'Adams.

Dans son savant mémoire sur le rhumatisme, M. E. Besnier s'appuie avec raison sur l'action de ces influences pour expliquer dans l'âge adulte le nombre plus grand des cas de rhumatisme noueux chez la femme. N'en est-il pas de même pour les enfants indigents ou débilités de l'un et de l'autre sexe? N'est-ce pas aussi le motif pour lequel, au témoignage de la statistique précédente, le rhumatisme noueux des enfants est également plus fréquent chez les garçons que chez les jeunes filles?

De là encore l'importance *pratique*, après l'instauration définitive des lésions articulaires ou des troubles fonctionnels, d'un diagnostic différentiel attentif de l'arthrite noueuse infantile avec les *arthropathies diathé-*

Je ne prétends pas que ce soit un métier inaccessible, plein de mystères et de difficultés; c'est tout simplement un métier, et comme tous les métiers, il s'apprend et ne s'improvise pas. Le premier apprentissage s'en fait justement dans les écoles, dont les preuves ont été faites par l'École de Strasbourg; on y reviendra, parce qu'il sera reconnu qu'on ne peut pas faire autrement, et alors s'évanouiront une fois de plus les dispositions peu bienveillantes que révèle le rapport de M. Margaine à l'égard du Corps de santé, et que celui-ci peut laisser passer sans s'émouvoir; il en a vu bien d'autres.

***

A l'intention de mon confrère le docteur Huchard, avec lequel nous nous sommes trouvés maintes fois en communauté d'observations sur les névroses, j'ai recueilli un exemple original de perversion du goût chez une jeune fille; c'est un fait à ajouter aux étrangetés qui se rencontrent dans l'hystérie gastrique, dont une thèse récente a condensé d'une façon très heureuse l'histoire clinique.

Un grand fabricant de gants, qui en expédie des quantités considérables aux maisons de détail, reçut en même temps des reproches de plusieurs correspondants pour le mauvais état de ses derniers envois. Il y regarde de plus près, et découvre en effet dans les marchandises prêtes à sortir de ses magasins, des centaines de paires de gants qui avaient subi de singulières mutilations. Rien ne paraissait à l'extérieur, mais en dedans la peau était dédoublée et arrachée par lambeaux plus ou moins larges; les déchirures ainsi dissimulées étaient récentes, et les gants absolument perdus.

Ce méfait inexplicable, et sans bénéfice possible pour son auteur, n'ayant pu se produire qu'en dehors de sa maison, le fabricant surveilla une à une les nombreuses ou-

siques et tabétiques, ou avec les *déformations des jointures de l'atrophie musculaire progressive.*

Parmi les premières, les *arthropathies goutteuses* sont, dans l'espèce, faciles à mettre hors de cause, la goutte n'étant pas une maladie de l'enfance. D'ailleurs, le temps n'est plus où on discutait de l'origine goutteuse du rhumatisme noueux ; justice a été faite et la séparation est prononcée entre ces arthropathies de natures différentes. Ici la *goutte molle asthénique* a fait légitimement place à l'*arthritis rhumatismo superveniens.*

Il n'en est pas toujours de même du diagnostic avec les arthropathies scrofuleuses, quand on considère seulement l'état général. Beaucoup de ces malades portent des cicatrices strumeuses ou possèdent des antécédents scrofuleux; beaucoup aussi succombent à la phthisie ou descendent de parents phthisiques. Néanmoins, l'hésitation serait encore illégitime en présence du siège et des caractères physiques de ces arthrites symétriques siégeant sur la totalité des petites articulations et seulement sur quelques-unes des grandes jointures. Et, d'autre part, l'arthrite strumeuse, presque constamment monoarticulaire, n'a-t-elle pas toujours une tendance plus ou moins suppurante?

Est-il utile de les distinguer des *arthropathies tabétiques* ou *des déformations des jointures de l'atrophie musculaire?* Non, certainement, les premières sont si rares à cette époque de la vie, selon la remarque de M. Descroizilles, qu'on ne doit pas se préoccuper de l'ataxie dans une question de pathologie infantile. Quant aux secondes, leur physionomie et leur siège sont tous autres. L'atrophie musculaire de la sclérose des cornes antérieures diffère par sa généralisation des dystrophies musculaires péri-articulaires appartenant aux arthrites noueuses rhumatismales anciennes.

Parfois encore, avec quelque vraisemblance, on a dû les distinguer des *arthropathies post-traumatiques* consécutives aux blessures des nerfs. Ici le cas n'est pas tel : énoncer la question, c'est donc la résoudre.

Si le malade était plus avancé en âge, il faudrait, pour compléter cette discussion, établir le *diagnostic de la forme du rhumatisme articulaire progressif*, c'est-à-dire différencier le rhumatisme noueux du rhumatisme chronique partiel ou du rhumatisme chronique des phalanges. A quoi bon s'y attarder? Bien qu'unies entre elles par des liens de parenté intime, l'*arthrite sénile* et les *nodi digitorum* d'Heberden sont l'apanage des vieillards

---

vrières qu'il fait travailler en ville, et de proche en proche les soupçons se limitèrent à une jeune fille qui était uniquement chargée de broder, à la machine, les trois nervures qui ornent la partie du gant correspondant au dos de la main. Pour ce travail, elle n'avait même pas à retourner les gants, les piqûres ne traversant pas toute l'épaisseur de la peau. Aussi n'avait-on jamais songé à visiter à l'intérieur les gants qu'elle rapportait; on lui en confiait ainsi plusieurs douzaines par jour, ce qui fit comprendre l'importance des dégâts résultant de sa singulière manie.

Prise sur le fait et pressée de questions, l'ouvrière avoua que c'était elle qui avait fait out le mal; poussée par une impulsion irrésistible, elle ne pouvait s'empêcher, disait-elle, d'arracher la peau de l'intérieur des gants, tantôt avec des ciseaux, tantôt avec ses dents, et les débris ainsi enlevés, elle les mangeait. Ce qui est absolument répugnant, les gants en question étant des gants de gendarme, en grosse peau de mouton encore imprégnée des huiles nauséabondes qui interviennent dans certaines opérations de la chamoiserie. L'ouvrière affectée de cette variété d'hystérie gastrique travaillait chez ses parents et en leur présence, et avait réussi à leur dissimuler les manœuvres qu'elle faisait subir à son ouvrage.

Le fait incontestable d'une impulsion morbide sera la circonstance atténuante à invoquer dans l'action civile que le fabricant a dû intenter à la famille de l'ouvrière pour sa faire indemniser du double préjudice résultant des marchandises détériorées et des clients mécontentés.

Le même marchand m'a du reste fait part d'une autre remarque portant également sur les gants et pouvant servir au diagnostic de l'hystérie. Plusieurs fois, me disait-il, j'ai reçu la visite de dames qui se plaignaient que leurs filles rongeaient le bout de leurs

et plus rarement des adultes, tandis que le rhumatisme noueux seul leur est jusqu'à présent commun avec l'enfant.

Le diagnostic du rhumatisme noueux infantile n'est donc pas absolument difficile. Il n'en est pas de même de la détermination de son pronostic. Dans la plupart des cas, comme pour le malade de la salle Saint-Ferdinand, les arthropathies sont multi-articulaires et prennent la *forme chronique d'emblée*. Malgré cette marche si agressive, la destruction des cartilages et l'éburnation des extrémités osseuses, sont rarement complètes : chez ces malades l'impotence fonctionnelle résulte d'ankyloses fibreuses et non osseuses, fait dont il faut tenir compte pour atténuer la sévérité du pronostic.

D'autre part, une fois seulement, chez le malade de M. Martel, on a observé une complication de péricardite, et dans aucun des cas publiés la mort n'a été la terminaison de la maladie. A ce point de vue, toute appréciation définitive sur l'issue de la maladie serait donc prématurée en l'absence d'observations plus multipliées.

Que l'affection demeure stationnaire ou se termine par la guérison, l'état de débilité générale, les conditions diathésiques du malade, le milieu hygiénique dans lequel il vit, sont des facteurs pathogéniques dont M. Descroizilles recommande de tenir le plus grand compte dans le pronostic, comme dans l'intervention thérapeutique. L'expérience le prouve puisque, sous l'influence du repos et d'une hygiène convenable, les accidents morbides du jeune garçon de la salle Saint-Ferdinand se sont notablement amendés. C'est donc seulement en observant simultanément ces conditions qu'on a vu l'électricité faradique et galvanique, le massage, l'hydrothérapie procurer des guérisons, le salicylate de soude éteindre les paroxysmes aigus et les altérants comme l'iode provoquer la résolution des lésions locales. Indice morbide de déchéance organique prématurée, ce rhumatisme noueux infantile est donc justiciable du plus puissant des modificateurs généraux : l'hygiène, associée à l'emploi thérapeutique des modificateurs locaux.

C. ELOY.

---

gants, et qui ne parvenaient pas à leur faire perdre cette mauvaise habitude. Les mères venaient alors s'entendre avec leur fournisseur pour que celui-ci, à un moment opportun donnât quelques aperçus techniques sur les phases très peu appétissantes de la préparation et de la teinture des peaux, de façon à dégoûter les jeunes filles de jamais mordre leurs gants. Les détails donnés par les mères sur la ténacité de ce tic, et sur quelques traits du caractère de leurs filles, prouvaient bien qu'elles étaient en puissance de névrose.

Voilà donc un renseignement de la plus haute utilité pour les jeunes gens à marier. Si vous ne tenez pas absolument à épouser une femme hystérique, et que vous ne soyez pas bien fixé sur la santé de votre future, regardez le bout de ses gants ; s'il est mordu ou rongé, il y a soupçon d'hystérie, et alors abstenez-vous.

*
* *

Un honorable correspondant nous envoie le récit de difficultés survenues entre lui et le maire de sa commune, au sujet d'une question de médecine judiciaire. Notre confrère, requis de visiter un aliéné et de rédiger un rapport, s'est cru dans la nécessité de se rendre d'abord auprès de malades qui réclamaient ses soins d'une façon beaucoup plus pressante, et notamment auprès d'une femme en couches atteinte d'accidents graves. Il paraît que le maire indigné de ce retard et voulant être obéi sur l'heure, n'a rien trouvé de mieux que d'adresser au médecin de véritables sommations, par l'intermédiaire du garde-champêtre, et en dernier lieu de lui faire dresser un procès-verbal. Tout cela dans l'espace de quelques heures, alors que notre confrère, qui est seul dans sa commune, ne savait auquel entendre parmi les bonnes gens qui venaient le réclamer.

BIBLIOTHÈQUE

Du rôle des entozooaires et en particulier des anchylostomes dans la pathologie des mineurs, par M. le docteur Paul Fabre (de Commentry). — Paris, 1883; O. Doin.

Depuis quelques années, on a fait jouer aux helminthes du genre anchylostome un grand rôle dans la pathologie des mineurs. Le mémoire de M. Fabre expose avec précision et discute avec science les diverses opinions des auteurs. La fréquence des anchylostomes chez les ouvriers du tunnel du Saint-Gothard étant démontrée par les faits, il faut bien en établir la relation pathogénique avec l'anémie.

Et d'abord, comme le remarque l'auteur, il n'y a pas lieu de s'étonner de la fréquence de l'anchylostome dans leurs évacuations intestinales, puisque ces ouvriers sont originaires du Piémont et de la Lombardie, contrées où l'anchylostome est endémique. La propagation de l'helminthe était d'ailleurs facilitée par le milieu hygiénique des chantiers souterrains du Saint-Gothard, le mode de ventilation et les eaux mises à la disposition des ouvriers. Dans ces conditions, quel est le rôle pathogénique de ces helminthes? M. Fabre, avec raison, le considère comme accessoire dans la production de l'anémie de ces ouvriers. D'ailleurs, avec une expérience professionnelle comme médecin des mines de Commentry, et avec une sincérité qui l'honore, contrairement à l'opinion dont autrefois il a été l'un des promoteurs, notre distingué confrère démontre l'erreur de décrire chez les mineurs une forme spéciale d'anémie. Chez eux, comme chez les autres hommes, cette maladie ne diffère ni dans sa pathogénie ni dans sa symptomatologie

C. E.

Application du salicylate de bismuth au traitement de la fièvre typhoïde, par M. le docteur Henri Desplats. — Paris, 1883; J. Baillière.

Ce n'est pas pour déposséder l'acide phénique de sa place dans la thérapeutique de la fièvre typhoïde, que M. Desplats a écrit ce mémoire. Au moment où il poursuivait ses expériences cliniques à Lille, M. le professeur Vulpian faisait simultanément à Paris l'essai de cet agent et constatait son influence sur l'abaissement de la température des fébricitants.

Dans les vingt observations actuelles, M. Desplats a vu treize fois la fièvre typhoïde s'arrêter, quatre fois se modérer et cinq fois poursuivre son cours malgré le traitement. Contrairement aux accusations qu'on portait contre lui, le salicylate de bismuth administré aux malades de l'hôpital de Lille n'aurait pas provoqué d'épistaxis, d'hémorrhagies intestinales, de délire ni de dyspnée. M. Desplats le réhabilite donc, tout en ne donnant pas d'explication nouvelle de son action. Ce mémoire, comme tant d'autres, montre une fois de plus l'activité laborieuse de M. Desplats. — C. E.

La victime de cette précipitation administrative savait qu'il trouverait dans nos colonnes tout l'appui et toute la sympathie auxquels il a droit. Il est probable qu'il a eu affaire à un maire peu familiarisé avec ses prérogatives, et qui s'est emporté sans aucun égard ni pour la qualité ni pour les obligations multiples du médecin de sa commune. Nous estimons que ce maire a manqué gravement de procédés et de courtoisie à l'égard de notre confrère, qui s'est fait justice par l'attitude pleine de dignité qu'il a gardée en présence des injonctions et des brusqueries de l'autorité. Il nous semble difficile qu'une autre réparation, quelle qu'elle soit, puisse résulter de cet incident; il suffira que le maire ait compris qu'on ne requiert pas un médecin comme un ouvrier ou un agent de police, ce que beaucoup de gens ne comprennent pas, même en dehors des mairies, et que notre dévouement est acquis à toutes les missions qui nous incombent, sans procès-verbal ni garde-champêtre.

*
**

A cette place si longtemps occupée par Amédée Latour, la mort de Nicolas ne peut être passée sous silence, et je tiens à lui rendre de mon mieux l'hommage que nous devons tous à ses longs et excellents services dans la maison. Il a vu naître mes causeries, les a entourées de ses soins comme tout ce qui touchait à notre journal, et en a redressé la forme par ses conseils toujours écoutés. Tous ceux qui avaient approché, ne fût-ce qu'une fois, ce digne homme, étaient frappés de ce qu'il y avait en lui d'honnête et de respectable. C'est presque un collaborateur que nous perdons, et non pas un des moins précieux. On se souviendra et on parlera longtemps de Nicolas à l'*Union Médicale*.

A. L.

JOURNAL DES JOURNAUX

Du vertige chez les sourds-muets, par Harvard. — Le docteur James Harvard, étant donnée l'influence qu'on attribue au fonctionnement des canaux semi-circulaires sur le sens spécial de la direction du mouvement, « directing sense », a cherché à déterminer jusqu'à quel point ce sens est altéré chez les sujets dont les canaux semi-circulaires sont compromis ou détruits au point de vue de la fonction, et en particulier chez les élèves des institutions des sourds-muets.

Se fondant sur ce fait d'observation que le sentiment d'un trop rapide déplacement de l'extrémité céphalique dans l'espace, comme lorsqu'on tourne sur soi-même avec rapidité ou qu'on passe brusquement de la position courbée à la situation verticale, détermine la sensation de vertiges et d'étourdissements, M. Harvard en induit que les affections de l'oreille interne doivent probablement conférer une certaine immunité contre le vertige.

L'auteur ne donne aucune classification relative à la lésion ayant causé la surdité chez les sujets employés à ses expériences, et il est probable que cette classification était fort difficile ou même impossible à établir ; il a seulement distingué entre les surdi-mutité congénitales et les surdités acquises à des âges divers. Les résultats obtenus sur ces deux catégories de sujets n'ont pas présenté de différences bien sensibles.

En vue d'éliminer autant que possible toutes les causes susceptibles de produire le vertige autres que celles résultant de l'existence du sens spécial de la direction, les sujets en expérience avaient les yeux soigneusement clos, évitant ainsi le vertige ressortissant aux fonctions rétiniennes; et dans presque toutes ses expériences l'auteur a eu recours au mouvement de rotation passif, éliminant ainsi les causes d'erreur pouvant résulter de la fatigue et de l'ébranlement du système musculaire.

Les résultats auxquels ses expériences l'ont conduit ne manquent pas d'intérêt. Comme terme de comparaison, M. Harvard a d'abord fait porter ses expériences sur 200 sujets sains, professeurs ou élèves du Collège Harvard; et, sur ces 200 sujets, il n'en a trouvé qu'un seul que le mouvement giratoire laissait exempt de vertiges et d'étourdissements; tandis que sur 519 sujets sourds ou sourds-muets, 186 restèrent absolument inaffectés, et 134 autres n'accusèrent que des sensations très légères.

Le mouvement de rotation passive ou giratoire était obtenu en plaçant le sujet sur une balançoire dont les cordes étroitement tordues l'une sur l'autre étaient subitement laissées libres de se détordre; on arrêtait le mouvement giratoire avant son arrêt spontané, et le sujet avait alors à se diriger en marchant sur un point donné. Les irrégularités de la marche permettaient de contrôler l'intensité de l'étourdissement.

Des expériences furent entreprises sur les sujets de la première expérience qui n'avaient pas accusé de vertiges par la rotation, relativement aux sensations éprouvées par le passage brusque de la position penchée à la rectitude, ou par tout autre mouvement que la rotation. Mais les réponses obtenues varièrent beaucoup et donnèrent par suite des résultats peu satisfaisants. Admettant que le *mal de mer* procède de la surexcitation de ce *sens de la direction* comme l'affirme Helmoltz dans ses *Optics*, ouvrage écrit avant la découverte des fonctions spéciales attribuées aux canaux semi-circulaires, M. Harvard entreprit de rechercher parmi ses sujets sourds-muets qui avaient effectué des traversées sur une mer agitée combien d'entre eux avaient souffert du mal de mer. Or, sur les 15 sourds-muets qui étaient dans ces conditions, aucun n'en avait été affecté (1).

Ce résultat, quelque négatif qu'il soit de sa nature, vient à l'appui de la théorie d'Helmoltz, et suggère à l'auteur l'idée très admissible que la contre-irritation des canaux semi-circulaires par l'application de vésicatoires derrière les oreilles, pourrait peut être bien constituer un traitement extemporanné de cette angoissante affection.

(1) Notre expérience personnelle nous a depuis longtemps déjà appris que l'on peut, dans quelques cas, réussir à conjurer la sensation vertigineuse prémonitoire du mal de mer en réagissant par des mouvements actifs du corps, de la tête en particulier, contre les oscillations passives imprimée au corps tout entier par le balancement du bateau. Se promener sur le pont en changeant souvent de direction et rompant fréquemment le pas, regarder alternativement le sommet de la mâture et la pointe des vagues, se tourner successivement avec rapidité vers les points opposés de l'espace, se mouvoir en un mot pour son propre compte au milieu du cadre mouvant qui vous entoure et dont on fait partie intégrante, tel est le moyen fort simple qui nous a permis, dans quelques occasions, de dissiper l'envahissante sensation du mal de mer au début.

L'auteur a fait cette observation, qui n'est pas sans intérêt, que l'ataxie de la locomotion chez les sourds est rare chez les congénitaux et s'observe surtout dans les surdités consécutives à une méningite ou à toute autre affection. Il en trouve la raison dans ce fait que chez les sourds-muets congénitaux l'organe nerveux central du *directing sense* n'a jamais été en relation avec les canaux semi-circulaires; tandis que dans les surdités acquises, cette connexion établie dès les premiers temps de la vie et détruite par la surdité intervenue laisse le fonctionnement du centre nerveux correspondant sans régulateur et sans raison d'être.

Comme ce désordre de la locomotion tend à s'améliorer et à disparaître avec le temps, l'auteur ne doute pas que, dans la plupart de ces cas, il se forme de nouvelles connexions périphériques.

Le désordre de la locomotion peut quelquefois relever d'une anesthésie temporaire du canal auditif, ce qu'on observe par exemple après la diphthérie. (*The Sense of Dizziness in Deaf-Muter, Otological Journal*, oct. 1882 et *The Practitioner*, aug. 1883.). — L. Dn.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 3 décembre 1883. — Présidence de M. Blanchard.

Dans la soirée des 27 et 28 novembre derniers, un peu après le coucher du soleil, le ciel présenta, dans la direction du sud-ouest, à Paris, un aspect extraordinaire. On aurait cru à un violent incendie du côté de la porte de Versailles. M. Chapel adresse une lettre dans laquelle il attribue ce phénomène à la rencontre de la planète avec le deuxième essaim cosmique de novembre. Je n'y contredis pas. Mais comment se fait-il que chaque année, à la même époque, le ciel n'offre pas une semblable apparence?

M. l'amiral Jonquières établit dans une note, confirmée d'ailleurs par M. l'amiral Jurien de la Gravière, qu'un boulet de 16 centimètres, ayant une vitesse initiale de 455 mètres à la seconde, peut, sur mer, ricocher vingt-deux fois et atteindre un but visé à 2,470 mètres sans perdre plus de 200 mètres environ de sa portée normale.

M. Faye, au nom du bureau des Longitudes, fait hommage à l'Académie de « la Connaissance des temps » pour l'année 1885.

L'ordre du jour appelle l'élection de la commission qui devra dresser la liste des candidats au titre d'académicien libre, en remplacement de M. de la Gournerie. Il résulte du scrutin que la commission est composée comme il suit :

Pour les sciences mathématiques : MM. Bertrand et Jamin; — pour les sciences physiques : MM. Boussingault et Daubrée; — Académiciens libres : MM. Larrey et Dumoncel. — Président : M. Blanchard.

M. Boussingault dépose sur le bureau un volume de M. Aimé Girard, professeur au Conservatoire des arts et métiers, sur la production du sucre dans la betterave, par la décomposition de l'acide carbonique sous l'influence de la lumière.

M. Wurtz dépose un volume de M. Edouard Grimaux, professeur à l'Ecole polytechnique, sur la constitution chimique des corps.

M. H. Bouley présente, au nom de M. le docteur Burq, une statistique relevée chez les grands industriels de Paris, et montrant l'influence du cuivre contre les maladies infectieuses. « Il y a quarante ans, dit M. Bouley, que M. Burq poursuit la démonstration d'une idée qu'il croit utile à l'humanité, et l'Académie doit lui tenir compte d'une aussi tenace persévérance. »

La parole est ensuite donnée à M. Courcelle-Seneuil pour rendre compte de la mission de la *Romanche* au cap Horn.

Voici la conclusion du mémoire de M. A. Bloch sur la vitesse relative des transmissions visuelles, auditives et tactiles, présentée par M. Paul Bert, et que nous avons mentionné dans notre précédent *Bulletin* : « Des trois sensations étudiées, la vision est la plus rapide; puis vient l'audition dont la transmission dure 1/72 de seconde de plus que la transmission visuelle; enfin, le toucher sur la main, dont la transmission dure 1/21 de seconde de plus que la transmission visuelle. »

Voici encore le texte de la note de M. Stanislas Meunier sur la théorie volcanique :

« A la suite de vues fournies sur le phénomène volcanique par des considérations de géologie pure, on accueillera peut-être une hypothèse inspirée par les notions de géologie comparée, et spécialement par la doctrine de l'évolution sidérale.

Il me semble, en effet, que le problème de l'alimentation en eau des réservoirs volcaniques peut être rattaché à l'exercice de deux phénomènes normaux de la vie planétaire et dont la réalité est généralement admise : 1° la pénétration progressive de l'eau dans les roches profondes, par suite du refroidissement séculaire du globe; 2° l'effondrement souterrain de portions de l'écorce, que la contraction spontanée du noyau interne prive de leur appui. Grâce au véhicule solide des roches qui la contient, l'eau d'imprégnation des assises inférieures parvient ainsi brusquement dans les régions chaudes, où sa vaporisation et sa dissociation sont immédiates.

Le fait, sur lequel M. Faye a récemment insisté, de l'épaisseur incomparablement plus grande de l'écorce solide sous les océans que sous les continents, place sur une même profondeur des régions où les roches sont imprégnées d'eau et d'autres dont la température est celle de l'ébullition ou même de la dissociation. Le déplacement progressif des océans, par l'effet des bossellements généraux, doit déterminer des réchauffements de parties précédemment atteintes par les infiltrations, et ces parties, sans changer de profondeur, deviennent ainsi le point de départ de dégagement de vapeur.

Des crevasses horizontales, aux lieux d'épaississement, auraient pour effet de précipiter brusquement dans la zone de dissociation des blocs imprégnés d'eau, et le résultat serait, à l'échelle planétaire, celui des matériaux humides qui, pénétrant par accident sous les minerais fondus, détermineraient parfois des explosions de hauts-fourneaux. »

Lundi soir, en rentrant après la séance de l'Académie, j'ai trouvé chez moi, avec une bien douloureuse surprise, la lettre de décès de mon vieil ami Nicolas. D'autres diront, sans doute, et avant que paraissent ces lignes, les services qu'a rendus au journal, depuis sa fondation, cet habile et remarquable metteur en pages. Qu'il me soit permis seulement de rendre hommage, ici, aux rares qualités qui le rendaient cher à tous ceux qui l'ont connu. J'ai pu apprécier, pendant de longues années, son humeur toujours égale, son affabilité, sa complaisance sans bornes, la délicatesse et la sûreté de ses sentiments.

Je ne saurais exprimer le profond chagrin que me cause la perte de cet ami si modeste et si bon. — M. L.

M. le docteur Tarnier a présenté à l'Académie de médecine, un nouveau pèse-bébés imaginé par M. Eugène Desfossés et fabriqué par M. Mathieu.

Ce pèse-bébés, ayant obtenu le prix Barbier 1882, se compose d'une boîte qui renferme le mécanisme, d'un hamac destiné à recevoir l'enfant, d'un cadran qui enregistre le poids et d'une clé.

Dans ce hamac, de longueur et de largeur suffisantes, l'enfant doit être pesé nu, par cela même, toutes tares se trouvent supprimées.

Deux aiguilles, se mouvant sur le cadran indiquent : l'une, les grammes et l'autre les kilos. Les divisions sont espacées de manière à rendre la lecture du poids facile et prompte.

La clé placée à droite du cadran empêche les mouvements de l'enfant de se traduire par l'oscillation des aiguilles; elle rend la pesée presque instantanée. A l'état de repos, elle évite la fatigue des couteaux de la balance.

L'aiguille-index, semblable à celle des baromètres, sert à indiquer la dernière pesée faite, elle est surtout précieuse dans les cas de pesées avant et après la tétée. On peut ainsi se rendre compte, en un clin d'œil, de la quantité de lait absorbé par l'enfant.

On pose l'enfant sur le hamac, on tourne lentement la clé; les aiguilles indiquent le poids en kilos et en grammes; on dispose l'aiguille-index et on retourne la clé.

Cet appareil offre donc comme avantages :

La suppression des poids, des curseurs, des tares, etc..., et de toutes espèces de calculs.

La rapidité dans l'obtention du poids (quelques minutes suffisent pour obtenir une pesée rigoureusement exacte).

C'est une balance automatique juste et sensible comme la meilleure des balances.

On peut substituer au hamac un plateau de cuivre, dans ce cas, l'appareil peut remplir un double but, il devient en même temps une balance de ménage.

Dans un autre modèle le hamac se replie, la boîte comporte un couvercle et l'appareil a la forme et les dimensions d'une cave à liqueurs.

Le poids maximum que peut donner l'appareil est de 12 kilogrammes.

FORMULAIRE

Potion contre la pleurésie des enfants. — J. Simon.

Teinture de scille . . . . } *àà*	10 gouttes.
Teinture de digitale . . . . }	
Oxymel scillétique	10 grammes.
Hydrolat de tilleul	100 —

F. s. a. une potion à donner par cuillerées à café, toutes les demi-heure, aux enfants atteints de pleurésie. Lait pur ou aromatisé pour boisson. — Tous les deux ou trois jours pastilles de calomel de 5 centigr. chaque. — Appliquer des vésicatoires de 5 centimètres de diamètre, et les laisser peu de temps. — Si l'épanchement persiste au delà de trois semaines, frictions avec l'huile de croton mitigée ; si enfin ce dernier moyen échoue, il y a lieu de songer à la thoracentèse. — N. G.

COURRIER

Conseils académiques. — M. Fleurot, professeur de clinique externe à l'Ecole de médecine de Dijon, désigné par les suffrages de ses collègues, a été déclaré membre du Conseil académique de cette ville.

M. Mollien, professeur d'anatomie à l'Ecole de médecine d'Amiens, a été nommé dans les mêmes conditions membre du Conseil académique de Douai.

— Le concours du prosectorat des hôpitaux de Paris vient de se terminer par la nomination de M. Alfred Ricard.

Assistance publique a Nancy. — Ont été nommés aides de clinique : MM. Vautrin, Brulard; internes provisoires : MM. Cherpittel, Saintin et Huguet. L'inauguration du nouvel hôpital a eu lieu le mardi 6 novembre.

Académie de médecine. — L'Académie ne va pas encore rentrer dans ses habitudes traditionnelles relativement à ses séances annuelles. On avait espéré pouvoir, dans une même séance, réunir la distribution des prix de l'année courante à celle de 1882. Mais tous les rapports ne sont pas prêts. Le mardi 18 décembre prochain aura donc lieu la distribution des prix pour 1882. Dans une séance ultérieure, dont la date n'est pas fixée, on distribuera les prix pour l'année 1883.

Faculté de médecine de Bordeaux. — La rentré solennelle des Facultés de Bordeaux a eu lieu le jeudi 22 novembre, sous la présidence du recteur, M. Ouvré. Le nombre des élèves de la Faculté de médecine s'est élevé durant le dernier exercice, de 628 à 681, celui des inscriptions de 1,486 à 1,589, et celui des examens de tous degrés de 725 à 1,000. Parmi les diplômes délivrés qui ont monté de 107 à 116, ceux de docteur comptent pour 29 et 44. De pareils chiffres démontrent la prospérité croissante de la Faculté.

Bourses d'enseignement supérieur. — Sont appelés à jouir, pendant l'année courante, d'une des bourses instituées par la fondation de Barkow : MM. Ernest Copin, Jean-Henri Cuvillier, élèves de la Faculté de médecine, et Georges-Alexandre Jaubert, élève de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

Hygiène publique. — Le décret du 18 février 1881 interdisant en France l'importation des viandes de porc salées de provenance américaine vient d'être rapporté.

— L'assemblée des professeurs de la Faculté de médecine de Paris a désigné, dans sa séance du jeudi 29 novembre 1883, M. le docteur Rendu, agrégé, comme suppléant pour la chaire de clinique des maladies des enfants, laissée vacante par le décès de M. le professeur Parrot.

L'assemblée a renouvelé au doyen de la Faculté, M. le professeur Béclard, le mandat de la représenter au Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

N° 174 L'UNION MÉDICALE Dimanche 9 Décembre 1883

Sommaire

Du traitement chirurgical de la kératite interstitielle,

Travail lu à la Société médico-pratique, dans sa séance du 28 novembre 1883,

Par le docteur A. Dehenne.

Si la kératite interstitielle est bien décrite dans les ouvrages classiques, en tant que forme clinique, son étiologie et la thérapeutique qu'on doit lui opposer manquent de précision. Je ne m'étendrai pas longtemps sur les causes plus ou moins probables de cette affection; je passerai rapidement sur le traitement général pour arriver de suite au traitement chirurgical, qui, dans trois cas récents, m'a donné des guérisons *rapides*, durables et incontestables. J'insisterai sur la *rapidité de la guérison*, qui a une importance capitale; et ici je me trouve en désaccord avec la plupart de ceux qui ont écrit sur cette matière. « Ne vous pressez pas d'intervenir, disent-ils; laissez faire la nature, qui se chargera de rendre à la cornée son éclat. » Mais combien de temps dure une kératite interstitielle? Six mois, un an, deux ans, et plus. Combien de malades peuvent ou désirent rester privés de vision pendant un temps aussi long, surtout si les deux yeux sont atteints? Et puis, la cornée reprend-elle complètement son éclat, lorsque la nature a fait tous les frais de la guérison? Jamais. Il reste toujours, au centre même de la cornée, au devant de la pupille, des opacités souvent peu apparentes, mais extrêmement gênantes pour la vision; tandis qu'après l'iridectomie, la cornée redevient aussi nette qu'avant toute invasion de la maladie. Et si l'on se contente du traitement général, auquel donner la préférence avec la certitude de prescrire celui qui convient?

L'affection cornéenne est-elle la conséquence de la syphilis héréditaire, comme le pensent Hutchinson et ses partisans? ou ne se trouve-t-on en présence que d'une forme maligne de la scrofule? Cette dernière opinion appartient plutôt à l'école française. Ou bien encore, faisant de l'éclectisme, considère-t-on la kératite interstitielle comme étant le produit des deux diathèses? A mon sens, ce dernier parti paraît le meilleur. Il en est de cela comme de beaucoup d'affections cutanées : syphilides ou scrofulides? L'une et l'autre. Et faisant un traitement général éclectique, on donne concurremment du sirop de Gibert et beaucoup d'huile de foie de morue, et le malade s'en trouve bien. Le traitement général seul raccourcit la durée de la kératite interstitielle; l'iridectomie donne une *guérison rapide*. Aurait-elle le même résultat, si l'on ne faisait aucun traitement général? C'est une expérience que je n'ai pas osé faire, et que je ne me crois pas en droit de faire. L'observation des faits me permet de considérer comme démontrés les points suivants :

1° La kératite interstitielle est une affection extrêmement longue (de plusieurs mois à plusieurs années).

2° Lorsqu'elle est double, le malade est complètement aveugle, pendant un temps dont la durée varie.

3° Lorsqu'elle est simple, et surtout lorsqu'elle affecte la forme irritative, elle prive le malade de tout travail.

4° L'*iridectomie guérit la kératite interstitielle en quelques jours*, et rend, par conséquent, au malheureux patient un immense service.

5° Il est du devoir du médecin de joindre au traitement chirurgical un

traitement général, débutant par l'huile de foie de morue et les reconstituants, et y ajoutant les préparations hydrargyriques, surtout si les ascendants peuvent être soupçonnés, mais ces dernières avec beaucoup de circonspection.

Le *pouvoir éclaircissant de l'iridectomie* sur la cornée n'est plus à démontrer. C'est un fait que nous constatons, et que nous faisons constater tous les jours à la clinique. Se trouve-t-on en présence d'un leucome central? Si l'on pratique une pupille optique, on voit au bout de peu de temps l'étendue de l'opacité diminuer.

A-t-on pratiqué une iridectomie pour un pannus granuleux occupant les 4/5 de la cornée, les granulations, bien entendu, étant guéries? Dans les quelques semaines qui suivent on voit très nettement la cornée reprendre sa transparence. Mais pour la kératite interstitielle, l'*éclaircissement post-opératoire* tient presque du prodige. Dès le lendemain de l'opération, la cornée a perdu de sa teinte laiteuse, et huit jours après il ne reste plus traces de l'affection, surtout si l'on a affaire à la forme torpide. Dans la forme irritative, l'éclaircissement demande quelques jours de plus. Cette rapidité d'action du traumatisme dans la kératite interstitielle tient évidemment à la constitution anatomique des produits infiltrés dans la cornée.

La *kératite interstitielle* se présente sous deux aspects bien différents; elle affecte, si l'on aime mieux, deux formes bien distinctes. La première, c'est la forme *torpide*. Quant à la seconde, donnons-lui le nom de forme *irritative*. Ces deux expressions ne sont pas classiques; mais, à mon sens, elles expriment bien ce qu'elles veulent dire.

Dans le premier cas, la cornée blanchit, devient opaque, se *porcelainise* presque complètement. Il ne reste qu'une toute petite ligne de portion transparente, à la périphérie. Ce travail d'opacification se fait en quelques jours; mais, en revanche, il se défait lentement. Au bout de plusieurs mois, il apparaît un petit lacis de vaisseaux à l'union de la cornée et de la sclérotique. Ces petits vaisseaux sont très serrés; à l'œil nu, il est impossible de les séparer les uns des autres. Ils affectent plutôt l'aspect d'une tache hémorrhagique; à un fort grossissement, on reconnaît leur forme. Ils finissent par s'infiltrer entre les lamelles de la cornée, l'œil perd son aspect de verre dépoli. La seconde forme est alors constituée. Celle-ci est plutôt primitive, car je considère la forme torpide comme très rare. Les opacités blanchâtres sont entremêlées de taches rouges. Lorsqu'on examine l'œil à l'éclairage latéral, et qu'à l'aide d'une forte loupe, on envoie sur la cornée une grande quantité de lumière, on parvient quelquefois à percer par places le voile opaque qui recouvre la membrane cornéenne. On peut constater alors que le processus inflammatoire n'est pas limité à la cornée. La chambre antérieure paraît plus profonde et floconneuse, la pupille rétrécie et irrégulière, l'iris décoloré. Des exsudats jaunâtres se déposent à la partie la plus déclive de la chambre antérieure, et même sur la membrane de Descemet. Une irido-choroïdite séreuse accompagne alors la kératite interstitielle. C'est là, du reste, une complication fréquente; mais elle n'est pas constante. Comme nous le faisons observer plus loin, on pourrait dans ce cas considérer la kératite insterstitielle comme étant la conséquence de l'irido-choroïdite séreuse.

Les symptômes *subjectifs* sont très marqués dans la forme irritative. La photophobie est souvent intense; l'œil est larmoyant, et douloureux spontanément et à la pression. Tout travail devient impossible pour le malheureux malade, même lorsqu'il prend la précaution de fermer complètement l'œil atteint. Et cette situation peut durer des mois, des années, malgré le traitement le plus énergique.

Peut-on raisonnablement laisser ainsi se prolonger une affection aussi pénible, lorsque l'iridectomie guérit en quelques jours? Et si les deux yeux sont pris? Et puis, j'en reviens à ce que je disais plus haut. Lorsqu'on

laisse agir la nature, la *restitutio ad integrum* ne se fait pas. J'insiste sur ce fait qu'il reste toujours sur la cornée, et principalement au centre même, des traces du passage de la maladie, sous forme d'opacités plus ou moins nuageuses, que le *traitement chirurgical* fait *complètement* disparaître.

La kératite interstitielle commence généralement par un œil. Très souvent les deux yeux sont pris en même temps, mais à des degrés différents. Elle débute rarement avant l'âge de 11 ans. Après 25 ans, elle devient très rare. C'est donc une maladie de l'adolescence. Elle est plus fréquente chez la femme. Elle a son maximum de fréquence de 15 à 20 ans. Souvent l'on retrouve la triade indiquée par Hutchinson (dents, œil, oreille); mais son existence est loin d'être constante. L'affection auriculaire, caractérisée subjectivement par une diminution de l'ouïe d'un ou des deux côtés, le plus souvent du côté de l'œil malade, se présente anatomiquement comme une sclérose de la membrane du tympan, qui a une certaine analogie avec la sclérose cornéenne. Les dents sont échancrées au niveau du bord libre. Quant à la constitution anatomique de la maladie, les recherches histologiques ont démontré qu'il s'agit d'une infiltration de corpuscules lymphatiques dans l'interstice des faisceaux fibrillaires dissociés.

L'étiologie est obscure. On peut la rencontrer sous l'influence de la syphilis acquise; mais c'est extrêmement rare, et je crois que, dans ce cas, il vaut mieux, jusqu'à plus ample informé, considérer la kératite comme étant la conséquence de l'irido-choroïdite. La syphilis héréditaire joue-t-elle dans cette étiologie un grand rôle, ou, comme le veut l'école d'Hutchinson, le seul et unique rôle? Il est malaisé de se prononcer. Que de kératites interstitielles nous rencontrons, où il est absolument impossible de trouver la moindre raison d'invoquer une tare originelle. Est-ce de la scrofule pure? ou un mélange des deux diathèses? Je ne m'attarderai pas à cette discussion qui n'aboutirait à aucun résultat et n'amènerait la conviction dans aucun esprit.

Mais, ce qu'il y a de beaucoup plus pratique, c'est la question thérapeutique. Trois faits récents et observés avec soin m'amènent à croire que, s'il s'agit d'un malade qui a besoin de ses yeux pour vivre, et si la maladie a traîné pendant un mois ou deux au maximum sans présenter une amélioration bien marquée, il ne faut pas hésiter à pratiquer une *iridectomie*, opération inoffensive, et ne demandant que quelques jours de repos. Si l'on a affaire à un enfant, on peut attendre à la rigueur, quoique la guérison spontanée donne de moins bons résultats, au point de vue optique, que la guérison rapide obtenue par l'intervention chirurgicale. Mais je trouve absolument inhumain de laisser se perpétuer une affection oculaire chez un individu qui doit travailler pour vivre. Les observations, du reste, prouvent la vérité de cette proposition (1).

(1) Les observations seront publiées *in extenso* dans une thèse actuellement en préparation à la clinique. Elles ont trait à des kératites interstitielles, chez des adultes de 20 à 30 ans, et durant en moyenne depuis plus d'un an, sans aucune amélioration, malgré les traitements les plus variés auxquels les malades avaient été soumis. Tous trois furent guéris en quelques jours par l'iridectomie et purent reprendre leurs travaux interrompus depuis fort longtemps. Un d'eux surtout, professeur de mathématiques, était sans ressources depuis plusieurs mois. Il était tombé dans la plus profonde misère. Depuis plus d'un an, il traînait son malheureux œil de clinique en clinique. Huit jours après son opération, la cornée avait repris presque toute sa transparence. Aujourd'hui il est radicalement guéri; il a repris ses leçons, et, sans fatigue, se livre à tous ses travaux.

Depuis que cette note est terminée, de nouveaux faits sont venus confirmer les résultats obtenus par l'iridectomie dans la kératite interstitielle.

Note sur les fractures de la rotule

ET LE RÔLE MUSCULAIRE DANS LES FONCTIONS DU MEMBRE BLESSÉ (1),

Par M. le docteur HENRIET, chirurgien des hôpitaux.

M. D..., négociant à Paris, âgé de 45 ans, a été atteint, dans sa première jeunesse, de paralysie infantile. Cette affection paraît avoir surtout entravé le développement du *membre inférieur droit*, qui est resté notablement atrophié, plus court que le gauche, d'où résulte une claudication permanente et prononcée.

Il y a environ trois ans, M. D... remarqua, sans y attacher grande importance, qu'il lui arrivait de temps en temps d'éprouver des faiblesses subites dans son *membre inférieur gauche*, jusqu'alors vigoureux et bien développé. Il faisait fréquemment des faux pas; et à la suite d'un accident de ce genre, survenu dans sa maison de campagne, il tomba violemment *sur le genou gauche*. Appelé à cette époque, en septembre 1881, je constatai un assez gros épanchement articulaire, avec contusion du genou, sans fracture de la rotule. Je fus, d'ailleurs, surtout frappé par l'atrophie considérable de la cuisse correspondante. Il m'était impossible de prendre comme terme de comparaison le membre opposé, qui avait particulièrement souffert dans son développement, lors de la paralysie infantile. Mais les muscles de la jambe, très vigoureux, faisaient avec ceux de la cuisse un contraste des plus marqués; et le malade lui-même avait constaté cette atrophie récente, à laquelle il attribuait, non sans raison, la part prépondérante dans son accident.

L'état de l'articulation s'améliora rapidement, sous l'influence d'un traitement simple. Mais inquiet de ces troubles de nutrition survenus dans un membre jusqu'alors indemne, craignant que la contusion du genou ne devînt à son tour le point de départ d'atrophies graves, je décidai mon client à prendre l'avis autorisé du professeur Charcot, qui conclut à l'existence de troubles médullaires, suites lointaines et exceptionnelles de l'ancienne paralysie infantile.

Nous conseillâmes au malade un traitement tonique et révulsif, consistant en cautérisations ignées, fréquemment renouvelées, le long de la colonne vertébrale, douches de vapeur sur le genou, massages, électrisation des muscles de la cuisse, etc.

Ce traitement fut d'abord assez mal suivi, et M. D... fut encore victime de deux ou trois accidents analogues au premier. L'atrophie des muscles de la cuisse, et en particulier du triceps, sans faire de progrès, se maintenait stationnaire; il fallait au malade des bandes de flanelle solidement appliquées, des genouillères très longues et très résistantes, pour se soutenir dans la marche; et malgré toutes ces précautions, de fréquentes défaillances survenaient encore subitement et l'exposaient à des chutes dangereuses.

Au mois de février 1882, j'eus encore à intervenir à propos d'un nouvel épanchement articulaire, survenu dans ces circonstances, et qui disparut assez rapidement sous l'influence de vésicatoires et d'une compression méthodique.

Averti par ces accidents multiples, et inquiet du sort de son membre qu'il voyait menacé d'une infirmité progressive, M. D... se décida à s'occuper plus activement de son traitement, et ne négligea dès lors aucune des prescriptions recommandées.

Il en ressentit rapidement les heureux effets. Quelques mois plus tard, au courant de mai 1882, j'eus l'occasion de le revoir, au sujet d'un de ses enfants qui s'était foulé le poignet. Comme je m'informais de son état personnel, il me répondit qu'il allait beaucoup mieux; que son membre, massé, douché, frictionné, etc., avait repris une certaine vigueur, et que la marche était redevenue suffisamment solide pour qu'il pût se dispenser de sa genouillère et se contenter de l'enroulement avec une bande de flanelle. Il me découvrit alors son genou, et me fit remarquer une dépression transversale, paraissant occuper le tiers inférieur de la rotule, et offrant une largeur d'environ un demi-travers de doigt. Il me raconta qu'il s'était aperçu de cette déformation à la suite d'une dernière défaillance du membre, survenue quelques semaines auparavant, et qui s'était bornée à une flexion violente et subite du genou, sans qu'une chute complète en fût résultée. D'ailleurs, comme son état fonctionnel avait continué de s'améliorer, il ne s'inquiétait que fort médiocrement de cette petite lésion.

Dans toute autre circonstance, il eût été impossible de ne pas affirmer l'existence d'une fracture de la rotule. On éprouvait en effet la sensation très nette d'un petit fragment inférieur, triangulaire, enseveli dans le ligament rotulien; et l'écartement très

(1) Observation communiquée à la Société de chirurgie.

mince à l'état de repos, augmentait, faiblement d'ailleurs, quand le malade pliait le genou. Mais l'absence de toute réaction inflammatoire et de tout épanchement concomitant, la simplicité même de l'accident qui n'avait pas interrompu un instant les fonctions du membre, l'amélioration progressive des mouvements, me faisaient douter un peu du diagnostic, et je me demandais s'il ne s'agissait pas simplement d'une petite production osseuse ou ostéo-calcaire, comme il en survient au cours de certaines arthropathies. Il m'était d'autant plus difficile d'être absolument fixé à cet égard, que le genou du côté opposé ne pouvait me fournir un élément précis de comparaison ; et l'appréciation des formes et des angles de la rotule incriminée ne me semblait pas suffisamment démonstrative pour me permettre une affirmation catégorique.

Mais après quelques mois, le doute n'était plus possible. L'écartement avait augmenté ; et ce fait, inexplicable avec l'hypothèse d'une production pathologique sans solution de continuité rotulienne, donnait la preuve irrécusable d'une véritable fracture de la rotule dont le fragment supérieur, dans les mouvements de flexion du membre, avait remonté vers la cuisse. Comme le genou n'avait nullement été immobilisé, et comme le triceps avait repris une certaine vigueur, rien n'avait pu s'opposer à ce mouvement progressif d'élévation ; de telle sorte que l'écartement, qui primitivement n'avait guère plus d'un demi-centimètre, mesurait environ 4 travers de doigt.

C'est à cette limite qu'il semble d'ailleurs s'être arrêté, car il s'y maintient depuis plus de huit mois. Pendant tout ce temps, le membre, sous l'influence d'un exercice modéré, et grâce au traitement précédemment indiqué, a continué de reprendre une partie des forces perdues. L'atrophie de la cuisse est encore sensible, et il est malheureusement impossible de ne pas craindre une reprise ultérieure des phénomènes médullaires momentanément amendés. Mais ce qu'il importe de constater actuellement, c'est que, grâce à la renaissance de son triceps et de ses muscles cruraux, le malade, malgré sa fracture et sa déformation rotuliennes, marche mieux qu'au temps où sa rotule était exempte de toute lésion, mais en rapport avec des muscles impuissants.

Il est permis de se demander s'il n'eût pas été opportun, lorsque la fracture rotulienne fut soupçonnée, d'immobiliser le membre et de prendre les mesures conseillées pour obtenir une réparation aussi complète que possible. Je doute que cette conduite eût donné de bons résultats. En effet, il n'y avait aucun phénomène articulaire qui commandât l'immobilisation et le repos du membre ; la lésion principale, chez ce malade, était l'atrophie musculaire et non la lésion osseuse. Il était donc surtout indiqué d'activer la régénération des muscles cruraux ; et l'inaction prolongée, outre son inutilité probable dans le cas actuel, aurait tout au moins singulièrement retardé la restauration du système musculaire et la récupération des fonctions.

D'ailleurs, ce fait est en rapport avec un phénomène dont l'observation est fréquente, à la suite des fractures guéries de la rotule. Il n'est pas rare, quand le traumatisme était léger et l'écartement primitif relativement minime, de retrouver, après le temps nécessaire d'immobilisation et l'application d'appareils contentifs, les fragments si bien rapprochés qu'on douterait de l'ancienne blessure, si on ne l'avait dûment constatée. Puis, après quelques jours, lorsque le membre sort de son immobilité et reprend ses fonctions, le trait de fracture redevient appréciable ; et peu à peu, on voit l'ancien écartement se reproduire en partie, sans que pour cela les progrès fonctionnels se ralentissent. De telle sorte que le résultat définitif, dans ces cas vulgaires, paraît être bien plus en rapport avec la restauration des muscles qu'avec le rapprochement des fragments.

BIBLIOTHÈQUE

PATHOLOGIE DE L'ENFANCE. — SYPHILIS. — COQUELUCHE. — Recherches cliniques, par le Dr Henri ROGER, médecin honoraire de l'Hôpital des Enfants (1).

En médecine comme en beaucoup d'autres matières il y a deux façons d'écrire : l'une,

(1) T. I et II, Paris, Asselin et Cie. Une analyse sommaire de l'ouvrage de M. Roger a été donnée précédemment dans l'*Union médicale :* nous croyons être utiles à nos lecteurs en insistant sur les enseignements cliniques contenus dans le t. II.

plus facile, consiste surtout à répéter ce qu'ont dit les autres; elle permet de produire en peu de temps de gros livres, où l'abondance de la compilation masque plus ou moins bien la pauvreté des recherches personnelles; l'autre, plus lente et plus pénible, consiste à ne rien dire qu'on n'ait observé soi-même, à n'avancer aucun fait sans l'avoir contrôlé; elle exige des travaux souvent ingrats, des efforts laborieux et persévérants; mais seule elle donne des résultats vraiment durables, et pose les solides assises sur lesquelles s'appuie la science.

C'est à la seconde méthode que M. Roger s'est toujours montré fidèle, depuis le début de sa longue carrière médicale, et le même esprit de rigueur scientifique, dont sont empreints ses précédents écrits, se retrouve tout entier dans le second volume des *Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance*.

Il y a environ dix ans que le tome Ier de cet important recueil a été publié : avec un traité de *Sémiotique infantile* (matière jusqu'alors très négligée) M. Roger y présentait l'exposé des vastes recherches que, le premier en France, il avait instituées sur les variations de la *Température chez les enfants, à l'état physiologique et pathologique*. Le tome second n'offre pas moins d'intérêt : sans parler d'une étude critique sur l'*Auscultation de la tête*, d'un court mémoire sur l'*Ossification des fontanelles*, et d'observations pratiques sur le *Tænia chez les enfants même très jeunes*, il renferme une histoire très complète de la *Syphilis infantile* et une monographie de la *Coqueluche*, qui est un véritable traité *ex-professo*.

Il faudrait de longs développements pour donner une idée même imparfaite du labeur considérable représenté par ce volume, dans lequel on ne trouve pas une citation banale, pas une observation qui ne soit personnelle à l'auteur et démonstrative de quelque notion pratique. Nous devons nous borner à signaler les chapitres qui, par leur actualité ou leur nouveauté, méritent le plus d'attention du lecteur.

Parmi les problèmes si importants que soulève la question de la *syphilis héréditaire*, l'étiologie, avec ses incertitudes et ses obscurités, a de tout temps captivé les auteurs : sans se laisser influencer par les opinions d'autrui, M. Roger a présenté sur chaque point les conclusions auxquelles il a été conduit par l'examen des nombreux documents recueillis tant dans sa clientèle que dans son service hospitalier. C'est ainsi qu'il admet la transmission de la syphilis par le père seul, aussi bien que par la mère; c'est ainsi qu'il accepte la possibilité de l'infection consécutive de la mère par le fœtus qu'elle porte dans son sein. Par la comparaison d'un grand nombre de faits, il arrive à fixer assez exactement la question des dates, si importante au point de vue médico-légal; mais il ne manque pas de rappeler quelques-uns de ces cas exceptionnels qui viennent toujours, en pathologie, affaiblir la valeur des lois générales.

Dans le chapitre consacré aux lésions anatomiques profondés de la syphilis héréditaire, l'auteur a signalé avec toute l'attention qu'elles méritent les altérations du squelette, si bien mises en relief par le regretté professeur Parrot. Il cite des exemples intéressants de cette affection si curieuse qui se traduit cliniquement par des *pseudo-paralysies*, et anatomiquement par le ramollissement des cartilages d'ossification et le décollement des épiphyses. Quant à la théorie toute récente qui fait du rachitisme une conséquence de la syphilis, M. Roger n'a pu la discuter, car l'impression de son livre était déjà avancée lorsqu'elle a pris naissance. Quel eût été son avis à cet égard? Sans doute il aurait hésité à admettre une telle filiation, car rien dans son livre n'indique qu'il ait jamais été amené à soupçonner une relation quelconque entre les deux maladies.

En présence des faits si curieux de syphilis héréditaire *tardive* qui ont été récemment produits en grand nombre, M. Roger n'a pu se défendre d'un certain scepticisme. Non qu'il méconnaisse la fréquence des lésions viscérales de la syphilis héréditaire ; loin de là, il en cite même plusieurs exemples et signale entre autres ces méningites syphilitiques capables de simuler la tuberculisation des méninges, et guérissant rapidement (comme l'a démontré le professeur Fournier) par la médication spécifique. Mais ce que l'éminent clinicien a quelque peine à admettre, ce qu'il croit n'avoir jamais observé, c'est le fait de l'hérédité syphilitique se manifestant pour la première fois à l'âge de quinze, vingt, trente ans et même davantage, et déterminant d'emblée de graves accidents. Il se demande si les faits de ce genre ont été correctement interprétés, si les taies organiques attribuées par les Anglais à la syphilis héréditaire (notamment les érosions dentaires d'Hutchinson) sont l'apanage exclusif de cette maladie; enfin si la plupart des véroles *héréditaires tardives* ne sont pas en réalité des syphilis *précocement acquises*. Les belles leçons de M. le professeur Fournier viennent de donner à toutes ces questions une réponse péremptoire ; elles ont démontré, par des preuves irréfutables, non seulement la réalité, mais la fréquence de l'hérédité syphilitique tardive. Dans sa prochaine édition

M. Roger n'hésitera sans doute pas à effacer les réserves qu'une sage prudence lui avait inspirées.

Il n'en est pas moins vrai que devant un malade qui a dépassé le premier âge et dont on ignore absolument le passé pathologique, on a toujours le droit d'hésiter entre la syphilis héréditaire et la syphilis acquise. Ce qui autorise surtout les doutes, ce sont les faits si fréquents et parfois si imprévus, d'inoculation accidentelle de la syphilis à des enfants. Le livre de M. Roger abonde en documents de ce genre; il traite avec autant de clarté que de compétence cette question longtemps contestée de la syphilis vaccinale, et les faits, non moins tristes que positifs, rassemblés dans ce chapitre, doivent donner à réfléchir aux médecins souvent entraînés à prendre pour vaccinifères des enfants qui n'ont pas atteint ou qui ont déjà dépassé l'âge ordinaire où se manifestent les premiers accidents syphilitiques. Il faut regretter, avec M. Roger, que l'usage du vaccin de génisse, seule sauvegarde absolue contre la syphilis vaccinale, ait tant de peine à s'établir dans notre pays. Ajoutons enfin que dans un chapitre spécial, souvent oublié par les auteurs, M. Roger a étudié la *syphilis acquise* dans la *seconde enfance*.

Si la première partie du livre représente une importante contribution à l'étude de la syphilis infantile, la deuxième forme le traité le plus complet qui ait paru en France ou à l'étranger, sur la *coqueluche*. Dans ce vaste sujet, qui appartient tout entier au domaine de la pathologie de l'enfance, l'auteur s'est senti à l'aise : appuyé sur les immenses documents cliniques recueillis dans sa vie entière, il a pu redresser sur bien des points et compléter ses prédécesseurs, et il a traité toutes les questions avec un luxe de détails qui ne laissera guère à ajouter à ses successeurs.

Dans le cas où la nature spécifique et contagieuse de la coqueluche trouverait encore quelques incrédules, ils seraient certainement convaincus par le faisceau de preuves que M. Roger a su réunir : par des exemples tirés de sa pratique, il établit nettement et la transmissibilité de la maladie et l'extrême facilité avec laquelle l'infection peut se produire, à la suite d'un contact fort court et peut-être même médiatement ; il indique ensuite avec précision la conduite à tenir dans les épineuses questions d'isolement et de quarantaine. Ces sages conseils seront lus avec profit par les jeunes médecins qui, si souvent en pareil cas, se voient pris entre les préjugés des familles et leur propre inexpérience.

Bien que formellement persuadé de la spécificité de la coqueluche, et très disposé par cela même à lui reconnaître une origine parasitaire, M. Roger n'admet qu'avec réserve l'influence des germes dont plusieurs micrographes ont cru pouvoir annoncer la découverte. Il voit avec une certaine méfiance l'envahissement de la médecine par les microbes, que les gens à imagination vive croient trouver partout, depuis qu'un grand savant et un admirable observateur les a montrés dans quelques maladies. Peut-être le parasite de la coqueluche sera-t-il un jour une réalité, mais pour le moment il ne constitue qu'une hypothèse très vraisemblable. Bornons-nous donc à définir la coqueluche d'après la clinique : « Une *pyrexie contagieuse* caractérisée essentiellement par une laryngo-bronchite avec toux spasmodique », et laissons provisoirement de côté le *micrococcus*, plus d'une fois découvert et plus d'une fois remis en question.

Comme on pouvait s'y attendre, c'est à l'histoire clinique de la coqueluche que M. Roger a consacré les développements les plus étendus, et c'est dans cette partie du livre que sa grande expérience médicale se révèle avec le plus d'autorité. Il décrit à la maladie trois *formes*, auxquelles il a donné, dans son style à la fois précis et original, les noms de *coqueluchette*, de *coqueluche moyenne* et d'*hypercoqueluche*.

Les tableaux cliniques en sont tracés de main de maître et rappellent les pages les plus vivantes de Trousseau; tout cela est vu et rendu par un observateur aussi expérimenté qu'il est habile écrivain.

Dans un *commentaire clinique* qui fait suite à sa description, M. Roger s'est livré à la discussion des divers problèmes relatifs au diagnostic différentiel, souvent si ardu et si incertain dans les premières phases de la maladie, quand la toux caractéristique ne se dessine pas encore; il a ensuite étudié méthodiquement les nombreuses *formes* cliniques sous lesquelles peut se présenter la coqueluche, les *accidents* et les *complications* de toute sorte qui peuvent entraver sa marche naturelle. Cette analyse minutieuse de chaque symptôme, de chaque élément de la maladie lui a fourni l'occasion de relever bien des inexactitudes, de faire justice de bien des erreurs. C'est ainsi qu'il restreint l'importance trop exclusive accordée généralement à la laryngite coqueluchiale, et qu'il fait ressortir la part considérable qui appartient en réalité au catarrhe bronchique; c'est ainsi qu'il accorde une valeur médiocre à la théorie de l'irritation ganglionnaire, dont quelques observateurs distingués (au premier rang desquels est M. Noël Gueneau de Mussy) ont voulu faire la cause principale des phénomènes spasmodiques de la coqueluche; c'est

ainsi encore qu'il démontre, avec force preuves, l'origine purement mécanique de l'ulcération sublinguale dans laquelle des médecins trop fantaisistes ont cru voir une sorte d'éruption spécifique : cette ulcération, qui ne se rencontre que dans les coqueluches intenses et graves, est tout simplement le résultat du frottement du frein de la langue contre le bord tranchant des incisives médianes inférieures; absolument dépourvue de signification pathologique, elle n'en présente pas moins un certain intérêt au point de vue du diagnostic, puisque la toux de la coqueluche est seule assez violente pour amener la propulsion de la langue contre les dents.

A propos de l'étude détaillée de la *pneumonie*, l'une des plus fréquentes et des plus intéressantes *complications*, M. Roger cherche à fixer la signification de l'aphorisme hippocratique *febris solvit spasmos,* et il se demande quelle est au juste l'influence du processus inflammatoire sur le caractère spasmodique de la toux de coqueluche. Ce n'est point par une formule générale que l'on peut exprimer cette influence, car les résultats semblent contradictoires : tantôt le spasme de la quinte et surtout la reprise sifflante diminuent, se suppriment même par le fait de l'accès fébrile qui marque l'invasion d'une maladie aiguë surajoutée. Tantôt, au contraire, la toux devient plus convulsive alors que la fièvre s'allume, soit au début de la complication, soit par la prédominance de la forme inflammatoire de la pyrexie; si, pareillement, un coquelucheux convalescent est pris de bronchite aiguë, les quintes presque finies recommencent avec retour du sifflement inspirateur. Tantôt enfin la coqueluche évolue sans que, dans les périodes actives, l'exacerbation de l'état fébrile concomitant ou intercurrent influent d'une manière sensible sur la convulsion de la toux.

Cependant la modification la plus habituelle est, selon l'aphorisme ancien, la résolution du spasme par la fièvre, et l'on peut en tirer des déductions utiles au diagnostic et au pronostic; ainsi une diminution soudaine dans le nombre et la véhémence des quintes et une disparition complète de la reprise sifflante dénonceront l'imminence de quelque complication, et celle-ci est le plus souvent une pneumonie bientôt révélée par du souffle bronchique. Inversement, la réapparition, au cours d'une grave pneumonie coqueluchiale, de la toux convulsive et du sifflement caractéristique supprimés depuis plusieurs jours, sera un des premiers signes favorables et donnera l'espérance d'une guérison ultérieure. Ainsi encore, de la régularité des quintes amples et sonores, on peut conclure que la coqueluche suit sa marche normale, sans menace de complication prochaine, tandis que des quintes subitement devenues rares, courtes, étouffées, indiqueront presque toujours la concomitance d'une broncho-pneumonie d'une extrême gravité, où l'état adynamique est précurseur de l'asphyxie.

Remarquons d'ailleurs combien est variable le pronostic des pneumonies coqueluchiales, selon leurs formes et selon l'âge des petits malades; autant est redoutable la broncho-pneumonie des hypercoqueluches, dont la léthalité est constante chez les très jeunes sujets, autant sont relativement peu graves, sauf dans les deux premières années de la vie, les pneumonies lobaires intercurrentes; la complication est en général d'une innocuité qui étonne, et les deux maladies ont également une terminaison heureuse; bien plus, il est des cas où la seconde affection hâte la guérison de la première et où la phlegmasie a paru couper la pyrexie; il est permis de dire en ce sens, avec M. Roger, qu'il y a dans la coqueluche des pneumonies innocentes et qu'il y en a même de salutaires.

Fort intéressant est le chapitre consacré aux rapports de la coqueluche avec la tuberculose. Dans ces pages, évidemment écrites avant l'invasion des idées actuelles sur la spécificité et la transmissibilité des tubercules, M. Roger cite des cas où la coqueluche semble avoir créé la diathèse, qui a débuté brusquement chez un sujet bien portant jusqu'alors et indemne de toute tare héréditaire. Ces faits, naguère inexplicables, ne trouveraient-ils pas aujourd'hui une interprétation facile, et ne doivent-ils pas être imputés à la contagion favorisée par le séjour des petits malades dans le milieu infectieux de l'hôpital? Le temps n'est peut-être pas éloigné où tout le monde admettra que le voisinage des tuberculeux est nuisible aux autres malades, et surtout à ceux qui sont atteints d'affections des voies respiratoires.

La question du *traitement*, sous la plume d'un vieux clinicien, devait naturellement prendre une grande importance. C'est avec une vive curiosité que nous en avons commencé la lecture. Après avoir démontré qu'il n'y a pas de *spécifique* de la coqueluche et que tous les moyens préconisés comme tels sont vains, M. Roger allait-il aboutir à un aveu d'impuissance? Nous avons été bientôt rassuré en voyant avec quelle expérience, avec quel tact profond le clinicien consommé a posé les règles de la thérapeutique rationnelle et combiné l'emploi des moyens qui, s'ils ne guérissent pas le malade, lui permettent du moins (ce qui revient au même) d'éviter les écueils et d'arriver heureusement jus-

qu'au terme de sa maladie. Toute cette partie du livre est essentiellement pratique, et les médecins aux prises avec les difficultés de la thérapeutique infantile ne sauraient trop la méditer; ils y trouveront, exposées dans un ordre parfait et suivant un plan exactement calqué sur la description clinique, toutes les indications qui peuvent surgir aux différentes phases de la maladie, dans les formes si variées qu'elle présente, dans les complications de toute sorte qui viennent en embarrasser le cours.

Telle est, dans ses traits les plus généraux, la physionomie de ce grand ouvrage aussi remarquable par l'élégance de la forme que par la solidité du fond. On connaît les habitudes de style de M. Roger et le souci qu'il a du bon langage; il n'a jamais pensé qu'un écrit scientifique pût perdre quelque chose à être littéraire. Son dernier volume ne démentira pas sa réputation; loin de là, jamais sa plume n'a été plus fine, plus spirituelle, je dirai même plus jeune. En éclairant ses confrères de tout âge de ses conseils, pratiques dans toute l'acception du mot et fort utiles aux débutants dans la clientèle, M. Roger ne craint pas de parler souvent de sa vieille expérience et de rappeler qu'il a consacré près d'un tiers de siècle à l'étude de la médecine des enfants. A l'époque de la vie qui est celle du repos pour la plupart, il continue à travailler, et il a tenu à nous donner finalement un bon livre en beau français; le corps médical tout entier lui en sera reconnaissant. H. B.

JOURNAL DES JOURNAUX

Trois cas de goître exophthalmique, par le docteur Story. — Deux de ces malades étaient sœurs et la troisième était atteinte de névrite optique. Chez elle la tumeur thyroïdienne était plus volumineuse du côté gauche et les palpitations cardiaques ne se manifestèrent que cinq ans après le début du goître et de l'exophthalmie. Chez les deux autres, la tumeur était plus marquée à droite et les symptômes cardiaques furent précoces. Ces observations sont des arguments en faveur de la théorie de Fitz Gerald. (*The Dublin Journ.* Avril et mars 1883.)

Dans la discussion qui a suivi cette com munication à l'Académie de médecine d'Irlande, le docteur Moore a cité un cas dans lequel, sous l'influence d'une émotion violente produite par la lecture d'une lettre annonçant la mort de son frère, une jeune fille présenta tout à coup une accélération du pouls à 140, de l'eoxphthalmie et du gonflement thyroïdien. Ces phénomènes disparurent dans l'espace de quarante-huit heures; ils étaie nt d'origine nerveuse et avaient les apparences classiques des manifestations morbides du goître exophthalmique. (*The Medical Press*, 4 juillet 1883, p. 7.) — C. L. D.

De la pseudo-scarlatine, par le docteur Crowfoot. — Ce médecin, chef du service sanitaire de Becles, signale dans cette localité une épidémie de fièvre éruptive, dont les accidents fébriles et l'exanthème sont ceux de la scarlatine. Cependant, on n'a observé chez aucun des malades ni desquamation cutanée, ni adénite cervicale. La convalescence était rapide et aucune complication n'a été notée. (*The British Med. Journ.* Avril 1883, p. 729.) Le même journal (janvier 1879, p. 11) a publié l'histoire de faits semblables. — C. L. D.

Purpuras cachectiques, par M. Albert Mathieu. — Dans ce mémoire important, l'auteur passe en revue les caractères cliniques et pathogéniques des purpuras, dans l'anémie progressive, le cancer, la tuberculose et les cachexies hydropigènes (cachexie rénale dite cardiaque, dyscrasie brightique, purpura sénile). Ces purpuras cachectiques ont habituellement la forme de pétéchies pilo-sébacées ou cutanées, d'ecchymoses ayant parfois l'étendue de bosses sanguines. Jamais ils ne présentent les formes papuleuses ou érythémateuses du purpura névropathique rhumatoïde.

Les anémies excessives, parmi lesquelles prennent place la cachexie cancéreuse, l'anémie des mineurs, les anémies essentielles, la leucocythémie, etc., ont pour signalement clinique l'anémie, l'œdème et les hémorrhagies, et surtout les hémorrhagies rétiniennes.

Le purpura de la tuberculose dépend de lésions secondaires (méningite tuberculeuse, albuminurie, lésions hépatiques, asystolie). Quand il apparaît au moment des poussées aiguës, on peut avec Leudet l'attribuer à un principe infectieux.

Dans la maladie de Bright, le purpura est d'un fâcheux pronostic, et se reproduit dans les mêmes conditions que l'urémie. Enfin, dans la cachexie cardiaque, il a pour

cause l'albuminurie, l'ictère grave, l'artério-sclérose généralisée, s'il s'agit de la diathèse hémorrhagique ; l'œdème, les embolies et la stase sanguine, s'il est local. (*Arch. de méd.*, sept. 1883, p. 281.) — C. L. D.

Une nouvelle application du chloral hydraté, par le docteur Bonatti. — Cet observateur a eu souvent l'occasion d'administrer ce médicament à des aliénés atteints de constipation rebelle et chez lesquels l'emploi rapide d'un laxatif était indiqué. Dans ces cas, il avait inutilement essayé les drastiques, et même le jalap ou l'huile de croton. C'est alors qu'il fit usage du chloral en dissolution dans une infusion de séné, et à la dose de 2 ou 3 grammes pour 100. L'action purgative fut rapide. (*Gaz. med. ital. prov. Venete*, 7 avril 1883.) Cette action ne doit pas surprendre, puisque le chloral, comme on le sait par les expériences physiologiques, provoque chez les animaux de la diarrhée et une hypersécrétion intestinale. — C. L. D.

De l'emploi des solutions salines purgatives concentrées contre l'hydropisie, par le docteur Matthew Hay. — D'après les expériences de M. Hay, ces solutions concentrées introduites dans le canal alimentaire, renfermant peu de liquide, auraient pour effet de provoquer la concentration du sang par soustraction d'une grande quantité d'eau. Cet effet ne se produirait pas dans le cas où le canal alimentaire contiendrait préalablement du liquide. Après un certain temps, la solution saline perd de sa densité ; mais la concentration du liquide sanguin continue par suite des propriétés diurétiques des sels absorbés. Le docteur Hay cite à l'appui de ces faits les bons résultats qu'il a obtenus, chez les cardiaques atteints d'hydropisie, par l'emploi de 25 à 30 grammes de sulfate de magnésie en solution dans 30 grammes d'eau. (*The Lancet.* Avril 1883, p. 678.) — C. E.

De l'emploi de la quinine dans la coqueluche, par M. Poskin. — Ce médicament a été recommandé par M. Masiero, et essayé dans une épidémie de 52 cas par M. Poskin. Il a employé 28 fois le tannate de quinine, tandis qu'il soumettait 24 malades au traitement par les bromures, la belladone, les vomitifs et le sirop de Desessart.

La quinine abrégeait la durée de la période spasmodique et diminuait l'intensité des quintes de toux. Cet agent n'est donc pas un spécifique de la coqueluche, comme Binz le croyait à cause de ses propriétés antiparasitaires. A la différence de Rossbach, M. Poskin a préféré donner des doses massives vers le soir, et dans l'espace d'une demi-heure. Ces doses variaient, suivant l'âge des enfants, entre 80 centigr. et 1 gr. 50 ; mais chez l'adulte, il aurait, dit-il, usé de préférence du sulfate de quinine. (*Annales de la Soc. médico-chir. de Liège.* Août 1883.) — C. E.

Du traitement de la maladie de Basedow, par Choostek. — Le galvanisme, conformément aux observations de Von Dusch, Eulemburg, Meyer et Arbs, est le moyen le plus efficace contre cette maladie. Le docteur Choostek recommande l'emploi du procédé suivant de galvanisation : 1° appliquer le courant ascendant sur le sympathique cervical de chaque côté pendant au moins une minute ; 2° répéter la même application sur la région dorsale, le pôle positif étant placé au niveau de la cinquième vertèbre dorsale, et le pôle négatif dans la région cervicale ; 3° pratiquer la même électrisation pendant une minute au moins sur l'occiput, les pôles étant placés sur chaque apophyse mastoïde et même sur la région temporale.

Parfois, il est avantageux de pratiquer la galvanisation locale du corps thyroïde avec le courant constant pendant quatre minutes en produisant de minute en minute un renversement de courant. Dans les cas les plus graves, à défaut de guérison, ce traitement produit toujours une amélioration. (*Centralbl. für Klin. Med.*, 23 juin 1883, et *The med. Record.*, 18 août 1883.) — C. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 octobre 1883. — Présidence de M. Reliquet.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend :

Le *Progrès médical*, le *Concours médical*, la *Gazette médicale*, la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, le *Journal d'hygiène*, le *Journal des sages-femmes*, les *Annales des*

organes génito-urinaires, le *Journal de médecine de l'Ouest*, un spécimen du *Journal médical*, une circulaire de l'école et l'hôpital dentaires, une note sur l'ovariotomie en Italie par le docteur D. Peruzzi, un rapport sur l'allaitement en 1882, présenté à l'administration hospitalière de Marseille, par M. le docteur Guichard de Choisity, médecin en chef de l'hôpital de la Conception, le *Bulletin des Travaux de la Société de médecine pratique de Paris*, années 1878 à 1882, la *Revue des travaux scientifiques*, publiée par le ministère de l'instruction publique, 1882, n° 4, le *Compte rendu* sommaire des séances du premier congrès des médecins grecs (Athènes, avril 1882), par M. le docteur Stekoulis, un exemplaire du discours prononcé par M. Jules Ferry à la réunion générale des délégués des Sociétés savantes, à la Sorbonne, le 31 mars 1883, les Mémoires et Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon, deux lettres circulaires du ministre de l'instruction publique, contenant le programme des congrès de la Sorbonne en 1884 et une instruction sommaire du comité des travaux scientifiques et historiques.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Gaston Graux, secrétaire annuel, s'excusant de ne pouvoir reprendre ses fonctions qu'au mois de novembre, une lettre de M. Thevenot annonçant qu'à son grand regret il ne pourra assister à la séance ni lire son rapport sur le prix Duparcque, une lettre de M. Forget, nommé membre honoraire dans la dernière séance, remerciant la Société et lui donnant l'assurance qu'il continuera à prendre, dans la mesure de ses forces, une part active à ses travaux, une lettre de M. Loison, de Brunoy, demandant un tour de lecture pour faire à la Société la communication d'une observation sur un cas de chylurie.

M. le Président annonce que M. de Beauvais, ancien secrétaire général, a reçu du ministre de l'intérieur, sur la proposition du président de la Société des sauveteurs, une médaille d'or de 1re classe.

M. de Beauvais au nom de M. Rougier, membre correspondant de Marseille, présente à la Société un numéro du *Marseille médical* contenant un travail de lui intitulé : *La Médecine des analogues ou la réforme de la thérapeutique.*

Le scrutin est ouvert pour le vote sur la candidature de M. Apostoli au titre de membre titulaire.

M. Apostoli est nommé membre de la Société de médecine de Paris.

M. Thorens, secrétaire général, lit le compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1882.

M. le Président croit devoir féliciter M. Thorens sur son rapport remarquable à tous égards et d'un style des plus élevés.

La Société témoigne par ses applaudissements unanimes qu'elle s'associe pleinement aux félicitations de M. le Président.

— La séance est levée à cinq heures vingt minutes.

Le secrétaire annuel, Dr Fauquez.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT DU 10 AU 15 DÉCEMBRE 1883.

Lundi 10. — M. David : Quelques considérations sur la gangrène typhoïde (Président, M. Potain). — M. Dauchez : Des vaccinides secondaires (éruptions vaccinales généralisées) et des dermatoses suscitées ou rappelées par la vaccination (Président, M. Fournier).

Mardi 11. — M. Richer : De l'oblitération congénitale du canal de Warthon dite grenouillette congénitale (Président, M. Panas). — M. Mouton : Du traitement de l'empyème chronique par des résections de côtes (Président, M. Panas). — M. Luc : De la tuberculose de la conjonctive comparée au lupus de cette muqueuse (Président, M. Ball).

Mercredi 12. — M. Sambucy : De l'ablation totale du membre supérieur avec l'omoplate (Président, M. Verneuil). — M. Aguiar : Considérations sur la laryngotomie intercrico-thyroïdienne (Président, M. Verneuil). — M. Dupré : Du traitement des hématoses du genou par la compression et l'immobilisation (Président, M. Guyon).

Jeudi 13. — M. Barbaud : Sur une des formes frustes de la sclérose en plaques (Président, M. Hardy). — M. Lefebvre : De l'examen des lochies au point de vue du pronostic des suites de couches (Président, M. Brouardel).

FORMULAIRE

AMIDON SALICYLÉ. — Kersch.

Acide salicylique. . . . . 20 à 30 grammes.
Alcool. . . . . 1000 —
Amidon. . . . . q. s.

On fait tomber, peu à peu et par petites portions, de l'amidon pulvérisé dans la solution alcoolique d'acide salicylique, et on agite fortement. La proportion de solution employée doit être telle, qu'elle dépasse de quelques centimètres la couche d'amidon qui se dépose. Lorsque le dépôt d'amidon s'est bien formé, on décante la liqueur alcoolique, on exprime l'amidon dans un linge de mousseline serrée, on le sèche, on le pulvérise, et on le sèche de nouveau à 80°. Cet amidon salicylé est employé à titre d'agent antiseptique, pour le pansement des plaies. — N. G.

COURRIER

INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES. — Ce service vient d'être réorganisé pour les écoles primaires et les écoles maternelles de la ville de Paris ; ces établissements sont groupés en circonscriptions ayant chacune un effectif de quinze à vingt classes, chaque école maternelle comptant pour deux classes. Il est ainsi créé 120 places de médecins inspecteurs aux appointements de 800 francs par an. Ces médecins, tous pourvus du diplôme de docteur, sont nommés pour trois ans par le préfet de la Seine sur une liste de présentation dressée, dans chaque arrondissement, par le maire, de concert avec la délégation cantonale et contenant un nombre de noms double de celui des emplois à pourvoir.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'enregistrer la mort de M. le docteur Tessereau, ancien médecin consultant à Cauterets, ancien adjoint du Ier arrondissement de Paris.

DES BAINS CHAUDS AU JAPON. — L'usage du bain est très répandu au Japon, il se prend quotidiennement et à un prix extrêmement peu élevé. Le bain avec le linge coûte 2 sens, un peu moins de 10 centimes. Les Japonais prennent le bain à une chaleur insupportable pour l'Européen. La température de leur bain varie de 42° à 50° centigrades. Ils n'y séjournent que quelques minutes ; ils en sortent rouges et couverts de sueur ; puis ils complètent leur toilette à l'aide de petit baquets d'eau chaude et froide.

L'effet physiologique le plus curieux de ce bain très chaud, c'est la rapidité de l'élévation de température du baigneur. Le professeur Baelz (de Tokio), qui a pris soin de la mesurer, a constaté une augmentation de deux degrés centigrades après une courte immersion. Cette température de 38°, 5 à 39°, 5 se conserve pendant quelque temps, quelques heures. Les calories que le corps a empruntées à l'eau ne se perdent que lentement. Ce bain est un puissant moyen de chauffage. C'est à cause de cette hyperthermie que l'on voit, par les grands froids d'hiver, le Japonais s'attarder aux ablutions terminales dans la salle de bains.

Le moment choisi pour le bain est, en général, celui qui suit immédiatement le repas du soir, tout à fait contrairement à nos idées, mais sans qu'il en résulte le moindre inconvénient pour eux. (*Lyon médical.*)

— *Le lundi, 24 décembre 1883*, à une heure, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, quai de Gesvres, n° 4, à l'adjudication au rabais, et sur soumissions cachetées, des fournitures suivantes nécessaires au service des *Hôpitaux et Hospices civils de Paris*, savoir : 1° *Bandages, Pessaires, Bas élastiques*, etc., à livrer au Bureau central d'admission et aux divers hôpitaux et hospices pendant l'année 1884 (en deux lots). Evaluation, 30,000 fr. 2° *Instruments de chirurgie* en gomme élastique, nécessaires au service des divers établissements de l'Administration, pendant trois années à partir du 1er janvier 1884 (en deux lots). Evaluation, 8,000 fr. par an.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Secrétariat général de l'Assistance publique, quai de Gesvres, n° 4, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Note sur un cas de compression de la protubérance

PAR DILATATION ANÉVRYSMALE DU TRONC BASILAIRE,

Par MM. HALLOPEAU, professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et GIRAUDEAU, interne des hôpitaux.

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer à l'hôpital Saint-Antoine, chez un malade atteint d'anévrysme du tronc basilaire, l'existence de plusieurs symptômes assez insolites. L'interprétation dont ils nous ont paru susceptibles nous a décidés à publier ce fait qui soulève plusieurs points encore obscurs de la physiologie pathologique du mésocéphale et confirme certains résultats expérimentaux encore discutés. Voici en résumé l'histoire de notre malade (1).

Un homme d'une quarantaine d'année, atteint depuis plusieurs mois d'une paralysie à marche progressive généralisée aux quatre membres mais plus prononcée cependant du côté gauche, tombe un jour dans le coma. A partir de ce moment, les troubles paralytiques alternent avec des mouvements convulsifs prédominant à gauche. L'orbiculaire des paupières du côté droit et la moitié correspondante du muscle frontal, jusque-là indemnes, sont agités de secousses convulsives très rapprochées les unes des autres. On constate en outre que les globes oculaires sont entraînés vers la droite par une succession d'oscillations, sorte de nystagmus horizontal qui amène par intermittences une déviation conjuguée des yeux.

Au bout de quarante-huit heures, des symptômes d'asphyxie progressive apparaissent et, le matin du troisième jour, nous trouvons le malade la tête renversée en arrière, avec la respiration bruyante mais régulière, la face

(1) Voir l'observation détaillée dans le journal l'*Encéphale* où cette note vient d'être publiée (1883, n° 6).

FEUILLETON

VOYAGE A TRAVERS LA MONGOLIE ET LA CHINE, PAR LE DOCTEUR PIASSIETSKY.

Paris, librairie Hachette.

L'intéressant volume de notre confrère russe vient bien à propos. La Chine est à l'ordre du jour en France. Et ce livre est écrit avec une charmante simplicité, qui en rend la lecture claire, facile, et inspire toute confiance. Avec l'auteur, on étudie la grande muraille, les fleuves, les villes, les villages, les portions du sol cultivées, les portions désertes ou ravagées, les populations. A la fin de sa lecture on connaît la Chine comme le voyageur lui-même, tant son récit naïf et saisissant de vérité est expressif, une peinture fidèle d'après nature; on a voyagé avec lui.

Nous n'avons qu'une idée très incomplète de la manière d'être des Chinois avec les voyageurs étrangers chez eux, du moins avec les voyageurs russes et à l'époque où le docteur Piassietsky parcourait cet immense pays, en 1874. Dans toutes les populations traversées par la mission russe, le sentiment qui dominait, c'était une curiosité excessive, allant jusqu'à l'importunité, mais accompagnée d'une bienveillance qui a été à peine altérée par quelques rares manifestations hostiles. On est tout étonné de voir la sollicitude, la protection, les politesses dont les voyageurs ont été l'objet de la part des autorités. Ce qui n'est pas moins remarquable, c'est l'empressement des malades à venir solliciter les conseils du docteur étranger, partout sur son passage. Souvent les voyageurs

cyanosée et couverte de sueur. *Dès qu'on met le malade sur son séant, la tête s'incline en avant et immédiatement la respiration s'arrête en expiration*, tandis que le pouls continue à battre regulièrement pendant quelques secondes, puis se ralentit graduellement. *Si dans ces conditions on renverse la tête en arrière, immédiatement la respiration se rétablit* et reprend bientôt les caractères qu'elle offrait avant que le malade n'eût été déplacé. *Les mêmes phénomènes se reproduisent à volonté, dans l'ordre que nous venons d'indiquer, suivant que l'on incline en avant ou en arrière la tête du malade;* pendant plus de douze heures on put les observer; la mort survint au bout de ce temps par asphyxie progressive.

Le diagnostic, qui avait été longtemps hésitant en raison de la diffusion des symptômes, devint, dès l'apparition des troubles oculaires et respiratoires beaucoup plus certain. Il était évident qu'on avait affaire ici à une affection bulbaire ou protubérantielle de nature indéterminée et l'autopsie révéla en effet l'existence d'un anévrysme du tronc basilaire comprimant la moitié droite de la protubérance dans sa partie la plus élevée.

Pour le moment, nous insisterons sur cette perturbation du rhythme respiratoire suivant la position donnée à la tête. L'interprétation de ce fait qui nous paraît la plus vraisemblable est la suivante : lorsque le malade inclinait la tête en arrière, le mésocéphale tendait à se porter dans la même direction et à s'éloigner par conséquent de la tumeur qui comprimait sa face antérieure : dès lors ses fonctions pouvaient s'accomplir relativement bien et la respiration était régulière; c'est ce qui nous explique pourquoi le malade, pendant la plus grande partie de son séjour à l'hôpital, maintenait la tête immobile, renversée en arrière, à tel point que l'on s'était demandé à diverses reprises, s'il ne s'agissait pas d'une affection des vertèbres cervicales. Lorsqu'au contraire la tête était inclinée en avant, la protubérance se portait pour ainsi dire à la rencontre de l'apophyse basilaire et venait appuyer de tout son poids, se comprimer elle-même sur la tumeur formée par le tronc basilaire dilaté; dans cette situation, le mésocéphale atteignait son maximum de compression et la respiration se suspendait brusquement. Nous ne savons si cette influence de la position de la tête sur le fonctionnement de l'appareil respiratoire a déjà été signalée dans des cas analogues, tout ce que nous pouvons dire, c'est que nous ne l'avons vu mentionnée nulle part; aussi avons-nous cru

---

étaient tellement entourés et pressés par les masses populaires, toutefois sans malveillance, que la police était obligée d'intervenir; et alors les hommes de police frappaient à grands coups de bâton sur les gens trop curieux, qui recevaient ces coups sans se révolter et se reculaient. Ces détails sont curieux, de même que tout ce qui concerne les relations des subalternes avec les supérieurs, les contrastes incroyables que présentent ces relations, même dans les plus hautes classes de la Société, l'administration de la justice, les têtes des suppliciés suspendues aux arbres dans des cages, les représentations théâtrales, etc.

Notre confrère a pu décrire la vie intérieure des familles aisées, la manière dont s'opère la mutilation des pieds des femmes de la société, les pieds dits : « Lys d'or »; et il a raconté intégralement le menu d'un dîner exclusivement chinois commandé dans un restaurant de Pékin, pour l'auteur et ses compagnons de voyage, par leurs compatriotes de l'ambassade russe. Ce menu est tellement caractéristique que je ne résiste pas au plaisir d'en donner ici le récit : « On nous servit d'abord les hors-d'œuvre suivants : concombres marinés coupés en tranches; le Tzian-doou-fou, bouillie de pois et de fèves ayant l'aspect d'une pâte, d'un goût aigre et salé; étalée sur du pain, cette bouillie n'est pas désagréable, elle plaît assez aux étrangers. Puis vinrent le jambon, coupé en tranches minces; un plat qu'on peut traduire littéralement « des talons de canards » ou des plantes de pattes de canards; ce sont les parties molles des pattes de canards séparées de leur peau et cuites, on les sert froides; ensuite, un mélange de viande au vinaigre avec du poivre de Cayenne. Ce plat brûle la gorge. De l'ail mariné : on le mange comme le radis chez nous; des cœurs de choux coupés en tranches minces et du radis noir; des œufs de canards salés; on les fait cuire après les avoir salés, puis on les entoure de

devoir y insister, persuadés que si de nouvelles observations venaient confirmer la nôtre, ce signe pourrait avoir quelque valeur au point de vue du diagnostic.

Nous avons vu que, chaque fois que l'on provoquait chez notre malade l'arrêt de la respiration, celui-ci se faisait invariablement en *expiration*, quel que fût du reste le temps du rhythme respiratoire. Ainsi lorsque l'on fléchissait la tête sur la poitrine au début d'une inspiration, immédiatement il se produisait une expiration, non pas lente, passive, mais au contraire brusque, profonde, active en quelque sorte, comme si tous les muscles expirateurs se contractaient simultanément. Il se passait donc là, en définitive, ce que l'on constate chez les animaux *préalablement anesthésiés*, lorsqu'on excite le bout central du pneumogastrique, ainsi que les recherches de M. Fr. Frank (1) l'ont démontré.

Il est vraisemblable que dans notre cas l'arrêt de la respiration peut être attribué à la même cause, car la compression, à laquelle se trouvait soumis alors le mésocéphale, retentissait jusqu'aux noyaux du pneumogastrique et amenait par action réflexe la contraction des muscles expirateurs ; ce serait donc là une confirmation des résultats expérimentaux obtenus par MM. P. Bert et Franck.

Les autres points que nous désirons relever sont les troubles paralytiques étendus aux quatre membres qui marquèrent le début de l'affection et les phénomènes oculaires apparus dans les derniers jours.

Il semble à priori que les paralysies des membres doivent être fréquentes à la suite des compressions du mésocéphale : celui-ci jouant en partie le rôle d'un organe de transmission, il doit se passer à son niveau ce qui a lieu pour la moelle lorsque les cordons blancs qui constituent l'écorce de cette dernière, sont comprimés en un point quelconque. Or, lorsqu'on parcourt les observations analogues à celle que nous publions, on est étonné de voir combien ces paralysies sont notées rarement : autant elles sont fréquentes dans les cas de tumeur intéressant directement le bulbe, dans les hémorrhagies, dans les ramollissements bulbaires ou protubérantiels, autant elles sont peu signalées dans les observations de compression proprement dite du bulbe ou de la protubérance. L'un de nous, dans un autre

(1) Travaux du laboratoire de Marey, t. IV, 1878-79.

---

chaux et on les conserve enterrés pendant deux ans. Ces œufs ne me plaisaient pas ; ils exhalaient une forte odeur d'ammoniaque ; mais les Chinois les aiment beaucoup...

« Après les hors-d'œuvre, le dîner commença par la soupe aux nids d'hirondelles, aux champignons et aux œufs brouillés très finement coupés. D'un goût tendre, cette soupe rappelle un peu le consommé, avec une faible odeur d'eau de mer ou d'algues marines. Des œufs de pigeons pochés faisaient partie de ce premier service. Ces nids d'hirondelles en chinois *yan-ouo* (nid d'au-delà des mers), sont réellement les nids d'une espèce d'hirondelle (*collocalia esculenta*) commune aux îles des Indes et du Japon ; cet oiseau fait son nid dans les rochers. Ce nid, de forme demi-sphérique, est d'un aspect gélatineux, sec et cassant. Trempé dans l'eau ou cuit, il gonfle, devient transparent et se détache par petites bandes comme le vermicelle. D'après l'opinion des Chinois, c'est un aliment très sain et propre à entretenir les forces... Le prix de ces nids est très élevé ; dans les provinces maritimes, ils se vendent au poids de l'argent. Dans des localités plus éloignées, leur prix monte jusqu'à 4 livres d'argent pour 1 livre de nids.

« *Second service* : encore une soupe, très compliquée : ailettes de requins, porc, holoturies ou « bicho de mar », vessies natatoires d'esturgeons et autres ingrédients. — Les holoturies, dont les Chinois sont très friands, ressemblent à des sangsues et vivent dans des polypiers sur les rivages de l'Australie, de l'île de Ceylan, des îles Carolines, etc. Elles constituent en Chine une branche importante de pêche et de commerce, après qu'elles ont été séchées et fumées ; coupées en rond et cuites, les holoturies ont l'aspect d'un morceau de gomme à effacer le crayon, sans aucun goût particulier...

« *Troisième service* : canard au riz impérial, avec châtaignes et tranches de jambon et d'holoturies. — *Quatrième service* : carpe à la sauce douce, d'un goût de miel. — *Cin-*

travail (1), n'a pu réunir que sept cas de compression du bulbe accompagnés de paralysies des membres et les recherches auxquelles nous nous sommes livrés avant la rédaction du mémoire que nous publions aujourd'hui nous ont convaincus que la même remarque pouvait être faite à propos de la protubérance. Il y a cependant une distinction à établir entre les *paralysies bulbaires proprement dites* et les *paralysies des nerfs bulbaires* : celles-ci sont incomparablement plus fréquentes que les premières et sont souvent d'un secours précieux pour le diagnostic. Les nerfs, le plus ordinairement affectés dans ces circonstances, sont le facial, le moteur oculaire externe, le trijumeau et sur un plan secondaire l'hypoglosse ; à l'exception d'un seul, tous sont, on le voit, des nerfs moteurs, soit que leur situation anatomique les expose davantage aux compressions, soit que les faisceaux musculaires auxquels ils se rendent, aient besoin pour se contracter d'une excitation plus forte que celle qui est nécessaire pour mettre en jeu l'activité du sensorium.

Pendant les jours qui ont précédé la mort, le malade était atteint, nous l'avons vu, d'un nystagmus horizontal portant les deux globes oculaires vers la droite par une série de petites oscillations ; après quoi les deux yeux revenaient assez rapidement à leur position normale pour recommencer au bout de quelques instants leur mouvement de déplacement vers la droite, de telle sorte qu'il en résultait en définitive une *déviation conjuguée des yeux intermittente*. Ce syndrôme, qui n'est pas absolument rare dans les cas de lésion unilatérale du mésocéphale, a été diversement interprété ; la théorie qui nous semble la mieux établie est celle qui a été mise en avant par A. Foville (2) et soutenue par M. Féréol (3) et par l'un de nous (4). D'après elle, la portion intra-bulbaire du nerf de la sixième paire enverrait à celle du nerf de la troisième un filet destiné au muscle droit interne du côté opposé, de telle sorte que dans certains mouvements des globes oculaires le droit externe droit par exemple et le droit interne gauche, se contracteraient sous l'influence d'un seul nerf, le moteur oculaire externe droit et

(1) Hallopeau, les paralysies bulbaires, th. d'agrégation, 1878.
(2) A. Foville, Société anatomique, 1858.
(3) Féréol, Société médicale des Hôpitaux, 1873.
(4) Hallopeau, Note sur un fait de thrombose basilaire. Archives de physiologie, 1876.

quième service : Trois plats dans un seul : esturgeon et jambon, poisson sec gratiné aux champignons, et boulettes de poisson. — *Sixième service* : porc cuit aux champignons. — *Septième service* : poule cuite ; trop cuite, la viande tombait en morceaux. — *Huitième service* : Crabes rôtis. — *Neuvième service* : racine de Tziao-baï (peut-être le *nénuphar*) à la sauce. — *Dixième service* : crevettes à la sauce de racines du Bi-tzy (scirpus). — *Onzième service* : ailettes de requins.

« Vous pensez peut-être que c'est la fin? attendez; voici quatre nouveaux plats : vessies de poissons rôties; choux cuits farcis de châtaignes; mouton cuit et pieds de cochon au jambon et aux holoturies. — Après tous ces plats de viande, de poisson, de crabes, on nous sert six espèces de gâteaux cuits au bain-marie, sans sel : gâteaux farcis de graines de pastèques, au riz, aux noix, au safran, à l'ail ou aux herbes; une espèce de gelée ou de lait de graines d'abricot.

« Voici enfin le dessert : racines d'une plante des marais, *scirpus tuberosus*, qu'on appelle vulgairement le châtaigner aquatique, pommes, poires et raisin; noix rôties au sucre, tablettes de gelée de pommes, amandes ou graines d'abricots grillées, et enfin le thé, par lequel on aurait dû commencer, selon l'usage d'ici. En plus, l'eau-de-vie et le vin de riz, qu'on appelle Chao-sin, du nom de la ville de Chao-sin-Fou, où on le fabrique. » — Du reste, notre confrère nous dit à plusieurs reprises que la cuisine chinoise est « exquise ».

Il s'en faut de beaucoup que tous les habitants de la Chine puissent se livrer à de pareilles débauches culinaires. Il n'existe peut-être pas un autre pays où les différences sociales soient aussi tranchées. Ici, richesse, luxe, abondance; là une misère dont on ne peut se faire une idée quand on ne l'a pas vue, la nécessité d'une alimentation immonde;

réciproquement. La destruction du noyau de ce nerf amènerait donc une déviation conjuguée des yeux du côté sain, son excitation au contraire une déviation du côté malade. Cette hypothèse a été confirmée par les recherches de MM. Mathias Duval et Graux (1) qui ont découvert chez certains animaux l'existence d'une bandelette suivant le trajet précédemment indiqué.

Les mouvements convulsifs qui existaient, chez notre malade, dans l'orbiculaire des paupières du côté droit et dans la moitié correspondante du muscle frontal en même temps que la déviation conjuguée des yeux à droite sont une nouvelle preuve à l'appui de cette théorie, car les muscles de la face ainsi agités de secousses convulsives sont innervés, on le sait, par le facial supérieur, c'est-à-dire par le nerf qui a une origine commune avec le moteur oculaire externe. Ajoutons enfin, que, dans toutes les observations réunies par Graux dans sa thèse, il s'agit de déviations conjuguées paralytiques, tandis que, dans le cas que nous venons de publier, il s'agit d'une déviation active, d'une déviation par irritation du noyau d'origine : ce fait comble donc une lacune dans l'exposé de la théorie que cet auteur a défendue avec talent et clarté.

BIBLIOTHÈQUE

Étude sur les plaies des ouvriers en bois, par M. le docteur Guermonprez, 1883; Paris, J.-B. Baillière, et Lille, Bergès.

Plaies par peignes de filature, par M. le docteur Guermonprez, 1883; Paris, J.-B. Baillière, et Lille, Bergès.

Depuis quelques années, notre distingué confrère, le docteur Guermonprez (de Lille), étudie avec persévérance et avec succès les accidents traumatiques dont les ouvriers des usines sont quotidiennement les victimes. C'est là une tâche originale dont l'utilité clinique et pratique ne demande pas, à coup sûr, de démonstration.

C'est dans le même but et avec le même esprit que l'auteur publie les deux mémoires actuels, dont la lecture n'est pas moins utile au chirurgien qu'à l'hygiéniste. Il est certain, en effet, que les livres classiques contiennent peu de détails sur les traumatismes

(1) Thèse de Graux, 1878.

---

dans une région, de grandes et belles villes, un sol riche, bien cultivé; dans une autre des villes et des villages détruits, le sol ravagé, couvert de débris, inculte. Ce qui est remarquable, c'est la pullulation excessive de la population chinoise dans les parties habitables du pays. A cette occasion, notre confrère a cherché à vérifier le bruit qu'on a fait courir, dans un but financier, des infanticides en Chine; le résultat de son enquête a été complètement négatif.

On ne verra pas sans un intérêt de curiosité l'administration hygiénique de Pékin, et la puanteur de ses rues arrosées par une eau infecte (hélas! il n'y a pas longtemps que la capitale de la France sentait aussi mauvais que la capitale de la Chine); l'opinion erronée que nous nous faisons des sensations produites par l'opium fumé; les progrès obtenus dans la fabrication des engins de guerre, et même dans la musique (« mon compagnon, dit l'auteur, m'indiqua un yacht chinois à vapeur, le Tzin-Haï, sur le pont duquel un orchestre composé exclusivement de Chinois jouait avec des instruments européens; l'exécution était aussi bonne que celle de nos orchestres européens »); les cortèges funèbres se développant sur une longueur d'un kilomètre; les cérémonies religieuses peu édifiantes. (« Ils étaient là — les lamas — récitant leurs prières d'une voix haute et monotone et accompagnant de temps en temps cette lecture du son du tambour et des cymbales de cuivre; à certains moments, deux d'entre eux tiraient de trompettes de cinq mètres de longueur des sons prolongés et des espèces de roulements. Il y avait deux autres petits temples où s'accomplissait le même service, qui n'a point d'interruption dans les lamaseries bouddhiques. Mais quel service! Je n'ai pu découvrir chez un seul une marque de recueillement intérieur; c'était plutôt une fabrique où la besogne des ouvriers consistait à marmotter des prières, à battre du tambour et à

qu'on observe dans les milieux industriels. Chaque jour, l'imagination des ingénieurs invente de nouveaux engins dont les blessures ont souvent un cachet tout spécial. Ecrire un ouvrage sur cette partie de la chirurgie serait combler une lacune dans l'enseignement et faire œuvre de haute utilité scientifique. Exerçant dans une contrée si riche en établissements industriels dont il est le médecin, M. Guermonprez est donc tout autorisé pour entreprendre cette œuvre bien digne, il me semble, de tenter sa plume et son initiative. A côté des ouvrages de chirurgie d'armée, il y a place, à coup sûr, pour un livre consacré à la *chirurgie industrielle* et aux traumatismes de cet autre champ de bataille qui, pour être pacifique, n'en possède pas moins ses nombreux blessés.

Tel est le vœu qui attend sa réalisation et l'espérance qu'on éprouve à la lecture de ces savants mémoires, dont le grand inconvénient est d'être..... de simples mémoires et non les chapitres détachés d'un livre complet sur la matière. C'est assez dire quelle est leur valeur pratique et combien l'œuvre de M. Guermonprez mérite des encouragements sympathiques. — C. E.

MANUEL DE PATHOLOGIE ET DE CLINIQUE INFANTILES, par M. le docteur A. DESCROIZILLES, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. Paris 1884. — A. Delahaye et Lecrosnier.

Il y a beau temps qu'on a fait un procès de principes aux ouvrages publiés sous le nom de manuels; on les condamnait souvent à tort au profit des gros in-octavo. Un manuel bien fait est cependant une bonne fortune pour l'élève désireux de s'instruire au lit du malade et pour le candidat obligé de réviser rapidement les matières d'un examen. C'est pour les débutants de la pratique un utile *vade mecum*, et pour ses vétérans un aide-mémoire et un conseil dans les cas rares, difficiles ou anormaux.

Tel est le motif principal de la faveur obtenue par les publications de ce genre, qu'à défaut d'autres nos éditeurs empruntent depuis quelques années aux littératures d'outre-Manche, d'outre-Rhin et même d'outre-Océan. Ici, plus qu'ailleurs même, on reprochait à la bibliographie française sa pauvreté en ouvrages pratiques; aujourd'hui ce reproche n'est guère fondé. En présence de cette multiplication de traductions, qui panachent les devantures de nos librairies, productions exotiques auxquelles il faut néanmoins rendre justice, nos rivaux de l'étranger tirent un peu trop vanité de cette très large et très généreuse hospitalité.

La médecine française possède une fécondité et une vitalité dont le livre de M. Descroizilles, quelque modeste que soit son titre, est une preuve nouvelle et opportune, Malgré ce flot de papiers cosmopolites, elle possède encore des cliniciens dont la plume conserve le cachet de traditionnelle orignalité et dont l'activité laborieuse est infatigable. L'école médicale de l'hôpital des Enfants ne végète donc pas sur sa vieille renommée, elle vit aussi des efforts quotidiens des chercheurs obstinés dans la voie du progrès et de l'observation. De là, sans doute, notre richesse en savantes monographies, en mé-

---

souffler dans des trompettes. La besogne finie, les lamas sortaient du temple en foule, se bousculant et se jetant dans les cuisines, où un dîner tout prêt les attendait, puis ils se débandaient à droite, à gauche, jusqu'à ce que le signal les rappelât à la prière. »)— En somme, la nation chinoise présente le singulier mélange de la sauvagerie la plus niaise, la plus ignorante, la plus superstitieuse, et du raffinement le plus avancé du luxe, de l'art et des jouissances personnelles.

Je crois devoir citer le passage suivant, qui m'a frappé, et qui sera remarqué également par les lecteurs de l'*Union Médicale* : « La date de notre départ, dit notre confrère russe, n'étant pas encore arrêtée, j'allais me promener chaque jour dans le quartier où se trouvent les ambassades et où, par conséquent, on peut plus facilement rencontrer des Européens. Je dois avouer que j'étais navré de leur conduite, en même temps qu'étonné de la longanimité des Chinois, et je m'expliquais leurs sentiments de défiance et de haine envers nous. Les Européens se conduisent en effet d'une manière déplorable; l'un crie et tempête dans la rue sans qu'on sache pourquoi; un autre se fraye un chemin en faisant jouer sa canne sur le dos des Chinois; un troisième, plus énergique, distribue sans aucune raison des soufflets à droite et à gauche; tel autre encore brise les serrures d'un temple et y entre de force, ou bien abat des statues au palais, et ainsi de suite. — Est-ce par amusement que les Européens pourchassent et battent les chiens, si nombreux dans les rues de Pékin? Ces chiens reconnaissent les étrangers soit à la figure, soit aux vêtements, et aussitôt qu'ils en aperçoivent un, ils se sauvent en hurlant. — Je me demande dans quel pays de l'Europe on tolérerait cette conduite, et à qui est la faute si les Chinois nous appellent des « barbares », en ajoutant « très habiles dans diverses affaires. »

moires originaux et en volumineux traités de pathologie infantile. De là, aussi, jusqu'à ce jour, la rareté dans notre littérature médicale, de ces résumés concis et compacts, synthétiques et substantiels, écrits surtout au point de vue pratique et sobre d'hypothèses ou de discussions théoriques; en un mot, de manuels, ayant pour auteurs des maîtres autorisés. En pathologie infantile, cette lacune disparaît aujourd'hui et le livre de M. Descroizilles aura sa place marquée à côté des œuvres de haute utilité pratique qui honorent le plus la bibliographie contemporaine.

Et d'abord, ce livre possède une qualité majeure dans les ouvrages de ce genre : il est complet et dans ses 1000 pages contient tout son sujet : étiologie, symptomatologie générale et spéciale, diagnostic, anatomie pathologique, traitement, hygiène et même formulaire thérapeutique. C'est donc bien un manuel de médecine infantile : *cum omnibus armamentis onis*, et ce qui ajoute à sa valeur, un manuel écrit en français, avec des idées françaises et par un Français autorisé à le faire, par l'expérience acquise dans un grand hôpital consacré à l'enfance.

Le premier des neuf livres de cet ouvrage a pour objet l'étude générale de l'enfance durant ses différents modes dans l'état de santé et de maladie. De là des chapitres préliminaires consacrés à l'*hygiène*, à l'*alimentation*, à la *thérapeutique;* de là aussi des *considérations* sur l'*exploration clinique* et l'*anatomo-pathologie.*

A son entrée dans le monde, l'enfant est muni d'organes imparfaits; de sorte que la première phase de son existence est une période d'accroissement continuel. Que les incidents physiologiques normaux, dentition, sevrage, deviennent, sous l'influence d'une cause pathogénique, des accidents pathologiques, on observera des dystrophies diverses, des perturbations dans le développement, ou bien l'instauration de diathèses telles que la scrofule ou l'implantation de germes morbigènes, telle que la tuberculose. A mesure qu'on s'éloigne de l'époque de sa naissance, ce terrain devient moins fertile en maladies propres à l'enfance, et la pathologie spéciale du premier âge perd d'année en année ses caractères pour acquérir les allures des maladies de l'âge adulte.

Ce n'est pas tout encore, et bien avant sa naissance, durant la période fœtale, des troubles de nutrition ou des arrêts de développement ont pu se produire, et l'enfant vient alors au monde en puissance d'*arrêts de développement* et de *vices de conformation.*

Enfin, au moment de l'accouchement, ou peu de temps après, se manisfestent des états pathologiques divers qui, dans ce manuel, font l'objet d'intéressants paragraphes sur les *maladies de l'ombilic*, l'*asphyxie des nouveau-nés*, l'*atélectasie pulmonaire,* le *céphalématome* et l'*ophthalmie purulente.*

Dans les articles sur la *taille et la croissance*, M. Descrozilles résume les résultats des observations classiques. Mais, dans cet exposé, il y aurait matière à objections; car, d'après nos recherches personnelles, encore inédites, ces résultats sont sujets à caution. Nous y reviendrons dans un mémoire qui sera prochainement publié.

Je terminerai ce compte rendu du livre de notre savant et honorable confrère, le docteur Piassetzky, en signalant ce qui, selon toute apparence, retardera pendant très longtemps le fusionnement de la Chine dans la civilisation générale, je veux parler de la langue chinoise. En voici un spécimen : notre mot français VÉRITÉ est représenté en chinois par le mot SCHI; mais ce dernier mot signifie encore : cochon, cadavre, pierre, fonctionnaire, lion, dix, professeur, flèche, etc. N'y a-t-il pas là un imbroglio inextricable?

G. RICHELOT père.

LOTION CONTRE L'ECZÉMA DES PARTIES GÉNITALES. — Chéron.

Chlorate de potasse	25	grammes.
Laudanum de Sydenham.	15	—
Eau commune.	500	—

Faites dissoudre. — On lave les organes génitaux atteints d'eczéma avec une éponge trempée dans cette solution tiède, puis on les couvre de compresses imbibées de cette même solution et maintenues par du taffetas gommé. — En cas d'inflammation trop vive de la peau, on prescrit d'abord tous les jours des bains de siège préparés avec 200 grammes de morelle et 200 grammes de son, et, au sortir du bain, on étale sur la peau de la poudre de carbonate de chaux, et par dessus cette poudre absorbante un cataplasme de fécule de pommes de terre. Après cette médication calmante, on en revient à l'emploi de la solution de chlorate de potasse. — N. G.

Revenons donc à l'ouvrage si remarquable de M. Descroizilles pour constater que ses autres parties sont consacrées aux maladies des divers appareils : *digestif*, *génito-urinaire*, *circulatoire*, *respiratoire*, *nerveux*, *locomoteur*, aux *affections vermineuses* qu'il étudie complètement; aux *dermatoses*, aux *maladies générales* (exanthèmes, dyscrasies, cachexies, virus, diathèses, etc., etc.). Dans ces livres, les chapitres sont bien nombreux, est-il besoin de le dire? *Qui numerat morbos idem numerabit arenam.* Or, l'auteur passe en revue toutes les questions de pathologie infantile donnant à la fois les résultats de ses observations personnelles et de ses nombreuses lectures.

Parmi ces chapitres, il en est qui, à défaut d'autres, suffiraient pour assurer le succès de cet ouvrage : tels sont ceux de l'angine diphthéritique, du croup et de ses indications thérapeutiques, de la leucorrhée, des maladies convulsives. Leur diagnostic est parfois difficile et en montrant quels en sont les obstacles pratiques, M. Descroizilles indique les moyens de les vaincre et enseigne à en prendre l'habitude clinique.

Les dernières pages du volume sont consacrées à un formulaire thérapeutique dans lequel se trouvent plus de 600 formules empruntées à la pratique de l'auteur ou à celles de nombreux médecins de mérite. Ce manuel rendra donc d'incontestables services à tous les médecins, étudiants et praticiens. Il manquait à notre littérature médicale, et, il n'en faut pas douter, prenant place dans toutes les bibliothèques, il n'aura pas seulement un succès de librairie, il a obtenu déjà, dès son apparition, un réel succès d'estime.

C. Eloy.

JOURNAL DES JOURNAUX

Influence du traumatisme sur l'hystérie, par le docteur Dubreuil. — Une fille de 40 ans qui, jusque-là, avait été exempte de toute manifestation nerveuse, est opérée d'un hygroma par la méthode antiseptique et le drainage. Le surlendemain de l'opération, cette malade présente des phénomènes nerveux : dysphagie, mutisme, agitation. Néanmoins, la plaie était en bonne voie de guérison, la température de 37 et le pouls normal. Un des jours suivants, la malade éprouve une attaque d'hystérie bien caractérisée.

Depuis la guérison définitive, les troubles hystériques ont disparu et ne se sont plus reproduits. (*Gazette hebd. des Sciences méd. de Mont.*, 25 août 1883). — C. L. D.

L'uréthrite ourlienne existe-t-elle ? par M. le docteur Schmidt. — L'observation que publie notre confrère militaire le démontre. Au troisième jour d'une parotidite ourlienne, le malade présentait de l'uréthrite avec écoulement, mais aucun symptôme d'orchite. Les phénomènes uréthraux disparurent en même temps que le gonflement des parotides.

Schmidt considère cet écoulement comme blennorrhoïque plutôt que blennorrhagique, et comme indépendant de toute contamination et de tout rapport sexuel. Il peut être attribué à un engorgement spécifique des glandes de Cooper et de Méry et des glandes de Littré. (*Archives de méd. militaire*, 1883, t. I, p. 112). — C. L. D.

Observation d'atrophie du nerf optique consécutive à des oreillons, par M. Jalon. — Les troubles visuels ourliens ne sont pas communs ; l'observation publiée par M. Jalon est celle d'un jeune soldat qui fut atteint d'oreillons dans le cours d'une petite épidémie. Les accidents visuels se manifestèrent après la sortie de l'infirmerie et la résolution des tumeurs parotidiennes et de l'orchite. L'acuité visuelle de l'œil droit fut seule diminuée et, par l'examen ophthalmoscopique, on trouva les lésions d'une névrite optique. Depuis, l'atrophie papillaire a augmenté et la perte de vision a été complète.

Il est légitime de croire avec Hutry et M. Jalon que ces lésions oculaires sont la conséquence d'accidents cérébraux. De là, l'utilité d'examiner avec soin le fond de l'œil dans e cas où les oreillons s'accompagnent d'accidents cérébraux. (*Archives de méd. militaire*, 1883, p. 109, t. I.) — C. L. D.

De la laryngite œdémateuse, par M. Schweig. — Ce médecin eut l'occasion de l'observer sur lui-même, à une époque où, depuis quelques semaines, il donnait des soins à des diphthéritiques. Pendant quatre jours, il éprouva de la céphalalgie, du malaise ; le pharynx était enflammé, le larynx œdémateux et l'impossibilité de la déglutition complète. Sous l'influence de la cautérisation des amygdales par l'acide chromique, l'amélioration de la pharyngite fut rapide ; mais néanmoins on dut pratiquer l'alimentation par le rectum. Enfin on pratiqua la scarification du larynx et son pansement avec une solution

d'iodoforme dans l'éther. L'amélioration fut immédiate ; et cette médication ayant été répétée le lendemain, la guérison était complète au bout de cinq jours. (*Archives of aryngology*, janvier 1883.) — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 décembre 1883. — Présidence de M. Guéniot.

Présentations :

M. Trélat présente un spéculum construit par M. Collin, et qui permet d'obtenir une dilatation de la vulve aussi bien que du vagin.

Communications :

M. Delens, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Berger, dit avoir observé un jeune homme de 22 ans qui, depuis deux ans, portait, sur la joue droite, une *tumeur en partie vasculaire, en partie lipomateuse*. Il en fit l'ablation par la face interne de la joue. Cette tumeur était en continuité avec la boule graisseuse de Bichat. Il n'y eut pas d'hémorrhagie ; le malade fut guéri en dix jours.

M. Monod fait un rapport sur quatre observations de *taille hypogastrique* adressées à la Société par des confrères de la province.

Dans la première, adressée par M. Mouchet (de Sens), il s'agit d'un malade de 59 ans, porteur d'une pierre assez volumineuse, présentant un catarrhe intense de la vessie, très affaibli, très amaigri. M. Mouchet préféra recourir d'emblée à la taille hypogastrique plutôt que de faire des tentatives de lithotritie. La taille hypogastrique fut pratiquée le 27 juin 1882, d'après le procédé employé par MM. Périer, Monod, etc. (injection vésicale, emploi du ballon de Petersen, drainage, etc.) ; il n'y eut aucun accident, les tubes furent enlevés le sixième jour. A diverses reprises, la plaie se rouvrit ; il y eut une fistule hypogastrique qui ne fut complètement fermée que trois mois et demi après l'opération, dont le résultat définitif fut aussi satisfaisant que possible.

Le second cas, qui appartient à M. Jobard, a trait à un jeune homme de 18 ans, ayant trois calculs pesant 68 grammes. Même opération que dans le cas précédent, résultat merveilleux, dit M. Jobard.

Le troisième, envoyé par le docteur Villeneuve, se rapporte à un jeune homme de 16 ans atteint de pierres multiples datant de l'enfance, ayant été taillé deux fois par le périnée sans succès. Même procédé opératoire ; guérison très rapide et complète.

La quatrième observation adressée par le docteur Giroux est celle d'un enfant de 7 ans. Les choses se passèrent de même que dans les cas précédents ; guérison en treize jours.

Ces observations prouvent une fois de plus les avantages de la taille hypogastrique.

M. Terrier fait un rapport sur une observation, adressée par M. Villeneuve (de Marseille), d'*hystéro-épilepsie produite sous l'influence d'un traumatisme*. Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans que ce chirurgien opéra d'un kyste séreux au-dessus du sourcil droit. Sous l'influence du chloroforme, cette jeune fille eut une attaque d'hystéro-épilepsie des plus nettes. Huit jours après, nouvelle attaque, puis une tous les jours, puis deux, trois et quatre par jour. Elle n'en avait jamais eu avant l'opération. M. Terrier pense, d'après les détails de l'observation, qu'il s'agit plutôt d'attaques d'hystérie que d'attaques d'hystéro-épilepsie. En outre, cette malade fut prise, autour de la plaie, d'une poussée d'ecthyma. Les crises d'hystérie s'éloignèrent de plus en plus, mais ne disparurent jamais complètement, car elles durent encore.

En résumé, chez une jeune fille en puissance d'hystérie, mais n'en ayant jusqu'ici présenté aucun signe, un léger traumatisme opératoire a fait éclater des crises d'hystérie et fait apparaître en même temps des poussées d'ecthyma au siège même de l'opération. C'est une première crise qui a éclaté pendant l'opération. Trois causes peuvent être invoquées ici : l'émotion, le chloroforme, le traumatisme. On sait que l'anesthésie par le chloroforme ou l'éther provoquent, ou mieux réveillent souvent des attaques d'hystérie. Certaines hystériques ont même l'habitude de recourir à des inhalations d'éther pour se procurer ces attaques. Un traumatisme, même léger, est une cause

indéniable de l'apparition de phénomènes hystériques. D'après M. Charcot, on peut ainsi provoquer de l'hystérie locale (hyperesthésie, douleur, courbature localisées à un membre). Latente jusque-là, l'hystérie devient manifeste sous l'influence d'un traumatisme léger.

Quoi qu'il en soit, l'apparition d'une première attaque d'hystérie sous l'influence d'un traumatisme léger est une chose rare. A ce titre, l'observation de M. Villeneuve est très intéressante.

Quant à l'éruption localisée, ayant apparu huit jours après le traumatisme, ayant laissé des cicatrices indélébiles, M. Terrier pense qu'il s'agit simplement d'herpès ou de zona traumatique, dont la cause est probablement une névrite.

Discussion :

M. Nicaise cite un fait qui prouve l'influence d'une émotion vive sur les accidents nerveux. Il a en ce moment, dans son service, un homme qui a été sur le point d'être fusillé en 1871. Au moment même où partait le coup de fusil qui devait le tuer, cet homme fut pris d'une première attaque d'épilepsie; il n'y avait aucun antécédent héréditaire. Depuis cette époque, cet homme est resté épileptique. Récemment, en la qualité de peintre en bâtiment, il se trouvait sur un échafaudage. Ayant eu une attaque, il tomba et se fractura la colonne vertébrale, c'est là un fait inverse à celui de M. Terrier.

Etant interne à la Charité, M. Nicaise a vu une jeune femme cataleptique chez laquelle on avait essayé de tous les moyens sans succès. Cette fois on eut l'idée de recourir au chloroforme et celui-ci fit aussitôt cesser l'attaqne. Ce moyen a depuis toujours réussi.

M. Verneuil fait observer que le cas de M. Villeneuve est un cas complexe, puisqu'il y a trois facteurs dont il faut tenir compte : l'émotion, l'anesthésie et le traumatisme, ce que M. Nicaise a dit relativement à l'influence de l'émotion est exact. M. Verneuil ne se rappelle pas avoir jamais vu une *première* attaque survenir sous l'influence de l'anesthésie.

Quant à celle du traumatisme, elle ne se fait sentir qu'autant que le malade présente une prédisposition. M. Verneuil cite le fait suivant : deux jeunes filles tombent sur le genou : ici pas de frayeur, ni d'anesthésie. Or, depuis cette simple chute, l'une de ces deux jeunes filles présente un état névropathique qui dure déjà depuis trois ou quatre ans. Elle a d'abord eu une violente contracture du genou que M. Verneuil a redressée. Puis la contracture a envahi la hanche, il y a des troubles considérables, les muscles n'existent plus, etc.

Dans un autre cas, c'est une jeune fille de la campagne, gardeuse de dindons, sans nerfs, qui tombe sur le grand trochanter, se fait une simple contusion et est prise depuis d'une contracture épouvantable. Cette contracture a guéri immédiatement sous l'influence du chloroforme, mais il reste des phénomènes hystériques. Duchenne (de Boulogne) cite des faits de petites contusions du poignet ou de l'épaule ayant donné lieu à des troubles névropathiques graves.

M. Terrier fait observer que dans les cas qui ont été cités par M. Verneuil, il s'agit d'hystérie localisée. Or, ces faits ne sont pas rares et sont aujourd'hui bien connus. Mais il n'en est pas de même de la grande hystérie éclatant ainsi tout à coup, comme dans le cas de M. Villeneuve.

M. Pozzi fait ressortir toute l'importance qu'il y a, dans ces cas, à scruter avec soin les antécédents des parents parmi lesquels on recontre des névropathes ou des aliénés.

M. Trélat déclare n'avoir jamais vu une première attaque d'hystérie généralisée apparaître ainsi sous l'influence du chloroforme ou d'un traumatisme.

A l'occasion de ces faits, il cite l'histoire de deux malades ayant fait une chute, l'un, mécanicien, de sa locomotive, l'autre, ingénieur des mines, d'une hauteur de 2 mètres dans une mine, et ayant eu tous deux, à la suite de cette chute, des manifestations des plus complexes, telles que contractures, parésie musculaire, déséquilibration, phénomènes ataxiques, etc. Ils sont restés même fort longtemps malades et ont été vus par plus de vingt médecins, à cause des procès faits aux Compagnies.

M. Berger cite l'observation d'une jeune fille hystérique, atteinte de synovite fongueuse du poignet, qui chaque fois qu'on lui donnait du chloroforme était prise d'une attaque de pseudo-hystérie qui durait ensuite toute la journée.

M. Terrier répond à M. Berger que l'anesthésie détermine une attaque d'hystérie, c'est là un fait connu. Ce qui est moins connu et infiniment plus rare, c'est de voir une première attaque survenir ainsi. A M. Pozzi, M. Terrier répond que les aliénés présentent des différences considérables au point de vue des réactions, il y en a à réactions molles, il y en a à réactions intenses. Quant aux faits signalés par M. Trélat, ce

sont là aussi des faits connus et généralement attribués à une commotion de la moelle. M. Charcot a signalé des faits d'ataxie locomotrice, de *paralysis agitans* survenues dans ces conditions. Il y a là une somme infinie de questions litigieuses entre les Compagnies de chemin de fer et les particuliers.

M. Guerlain (de Boulogne) lit une observation de *plaie pénétrante de l'oreille avec lésion de la base du crâne, abcès du cerveau et mort par méningite.* (Com. M. Polaillon.)

M. Richelot fait un rapport sur une observation d'*angiome pulsatile de la région temporale et du pavillon de l'oreille* présentée par M. Poulet. Il s'agit d'un homme qui, deux mois après un coup sur cette région, y vit apparaître une tumeur pulsatile qui resta sept ans à peu près stationnaire. Cette tumeur s'étant depuis assez rapidement accrue, le 22 avril 1882 M. Poulet, fit la ligature préalable de l'artère temporale en avant du tragus, et pratiqua ultérieurement sept injections de perchlorure de fer à 20° dans la tumeur. Comme chaque fois il y avait récidive, il renonça à ces injections, et, le 27 juin, se décida à pratiquer l'ablation de la tumeur. Il dut, pendant cette opération, appliquer 25 pinces hémostatiques. La guérison a été cette fois définitive et ne s'est accompagnée d'aucun accident.

En mai 1881, M. Richelot, en communiquant une observation analogue, arrivait à cette conclusion, qu'il fallait abandonner les injections de perchlorure de fer comme dangereuses au point de vue des embolies ou tout au moins inefficaces ou insuffisantes, et leur préférer l'ablation de la tumeur devenue facile et nullement dangereuse depuis la forcipressure. Or, M. Poulet se rallie complètement à cette conclusion.

Présentation d'instruments.— M. Neubauer (de Varsovie) présente divers instruments destinés aux opérations gynécologiques.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 30 novembre au 6 décembre 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1025. — Fièvre typhoïde, 34. — Variole, 2. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 50. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 52. — Phthisie pulmonaire, 172. — Autres tuberculoses, 10. — Autres affections générales, 52. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 75. — Bronchites aiguës, 47. — Pneumonie, 63. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 41; au sein et mixte, 26; — inconnues, 1. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 102; circulatoire, 72; respiratoire, 73; digestif, 53; génito-urinaire, 21; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulat. et muscles, 2. — Morts violentes, 30. — Causes non classées, 9.

Résumé de la 49e semaine. — Le service de statistique a reçu pendant la semaine actuelle notification de 1025 décès (au lieu de 972 pendant la semaine précédente). La mortalité a donc notablement augmenté.

La comparaison des chiffres de cette semaine et de ceux des semaines précédentes montre que les maladies épidémiques sont pourtant restées à l'état stationnaire, sauf la Rougeole et la Diphthérie qui continuent à augmenter de fréquence.

En effet, la Fièvre typhoïde (34 décès au lieu de 32), la Variole (2 décès au lieu de 4), la Scarlatine (1 décès dans chacune des trois dernières semaines) et la Coqueluche (8 décès au lieu de 9) continuent à être rares, et n'ont subi que des variations insignifiantes.

On constate en outre une amélioration relativement à l'Erysipèle (9 décès pendant la 47e semaine; 6 pendant la 48e et 2 seulement pendant la semaine actuelle).

La Rougeole, au contraire, a fait quelques progrès (7 décès pendant la 47e semaine; 14 pendant la 48e et 18 pendant la semaine actuelle) soit que sa fréquence soit devenue plus grande, soit que les derniers froids aient aggravé les complications ordinaires de cette maladie.

La Diphthérie, dont nous constatons la recrudescence depuis quelques semaines, a causé 50 décès au lieu de 43 pendant la semaine précédente. Il faut d'ailleurs remarquer avec satisfaction que les admissions dans les hôpitaux causées par cette maladie tendent à diminuer (40 admissions au lieu de 48), ce qui permet d'espérer que l'épidémie cesse de s'étendre.

Parmi les autres maladies, on doit remarquer la fréquence très élevée pendant cette semaine des décès enregistrés comme causés par la débilité sénile. Pendant la 47e semaine, 23 décès étaient dus à cette cause; puis, 31 pendant la 48e semaine, et enfin 41

pendant la semaine actuelle. L'hiver est une saison toujours plus redoutable pour les vieillards que pour tous les autres âges.

La Bronchite (47 décès au lieu de 37) et la Pneumonie (63 décès au lieu de 73) se maintiennent aux taux élevés qu'elles ont atteints dès le début du mois de novembre. L'Athrepsie des jeunes enfants (68 décès au lieu de 56) a subi une recrudescence peu importante et sans doute passagère.

Le service de statistique a reçu notification de 374 mariages et de 1163 naissances (600 garçons et 563 filles) dont 842 légitimes et 321 illégitimes ; parmi ces dernières 72 ont été reconnues par un des parents au moins.

Dr Jacques Bertillon,
Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris

COURRIER

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Edouard Carrière, ancien médecin du comte de Chambord.

Légion d'honneur. — On annonce que, pour les nominations de la Légion d'honneur qui auront lieu au 1er janvier, le gouvernement a réservé deux croix de chevalier à deux des membres de la mission Pasteur en Egypte.

MM. Straus, médecin des hôpitaux, et Roux, du laboratoire de M. Pasteur, tous deux compagnons de l'infortuné Thuillier, seront nommés chevaliers de la Légion d'honneur, sur la proposition du ministre du commerce.

Société médicale des hôpitaux. — Séance du vendredi 14 décembre.

Ordre du jour : M. Rendu : Présentation de pièces relatives à un rétrécissement de l'artère pulmonaire. — M. R. Moutard-Martin : Sur un cas de pleurésie hémorrhagique ponctionnée et guérie chez un homme de 74 ans. — Communications diverses.

Société de médecine de Paris. — La Société de médecine de Paris décernera, en 1885, le prix Duparcque au meilleur travail, manuscrit ou imprimé, écrit en langue française, à la condition toutefois qu'il n'ait pas été publié depuis plus de deux ans, sur la pathologie de l'ovaire et l'ovarite en particulier.

Le prix Duparcque, n'ayant pas été décerné en 1883, sera pour 1885 d'une médaille d'or et de la somme de 1,200 francs.

Le concours s'ouvrira le 1er janvier 1884 ; les travaux destinés au concours devront être envoyés avant le 1er janvier 1885 au secrétaire général de la Société, M. le docteur Thorens, 34, rue de Penthièvre.

La Société de médecine de Paris a constitué son bureau pour 1884 : Président, M. Polaillon ; vice-président, M. de Beauvais ; secrétaire général, M. Thorens ; trésorier, M. Perrin ; archiviste, M. Rougon ; secrétaires annuels, MM. Apostoli et Marchal ; membres du comité d'administration, MM. Abadie, Charpentier, Graux et Fauquet.

Revue philosophique de la France et de l'Etranger, dirigée par Ch. Ribot. — Livraison de décembre : James Mill, d'après les recherches de M. A. Bain, par H. Marion. — Les localisations cérébrales et la théorie de l'évolution, par Bewan-Lewis. — Le développement mental, par James Sully. — Les conditions organiques de la personnalité, par Ch. Ribot. — Notes et discussions. — Analyses et comptes rendus. — Revue de périodiques.

Abonnements : 1 an, Paris, 30 fr. ; départements et étranger, 33 fr. ; la livraison, 3 fr. — Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

— M. Balbiani, professeur d'embryogénie comparée au Collège de France, sera très reconnaissant à MM. les médecins qui auraient l'occasion d'observer des malades atteints de botriocéphale, de lui adresser des anneaux de botriocéphale ou des matières contenant les œufs.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

BULLETIN

Académie de médecine, 11 décembre. — M. Colin (d'Alfort) monte à la tribune pour réfuter la communication de M. Germain Sée sur la valeur séméiologique du bacille tuberculeux.

Au premier abord, on se demande ce que M. Colin peut bien connaître au diagnostic des affections pulmonaires. En admettant que le microbe ne soit pas ce qu'un vain peuple pense, pourquoi refuser qu'on lui accorde une minute d'attention? Pourquoi nous dénier, non seulement le droit d'interpréter son origine et son rôle, mais celui d'utiliser sa présence et de la faire servir au pronostic? M. Peter nous a dit un jour : « Le fameux bacille n'est pas le microbe du tubercule; c'est le microbe des tuberculeux. » Ainsi, M. Peter lui-même reconnaît qu'il peut y avoir un microbe des tuberculeux. Eh bien, la doctrine parasitaire a un adversaire plus intransigeant que M. Peter, une opposition plus extrême et plus absolue. M. Colin n'admet rien et ne veut rien entendre, les faits les mieux avérés glissent sur lui comme sur une pierre polie, et sa doctrine toute négative se résume en ces quelques propositions : il y a des microbes partout, dans toutes les maladies, dans l'état physiologique, et ce sont toujours les mêmes; le bacille de Koch est un peu plus petit, mais peu nous importe; leptotrix buccalis, bactéridie charbonneuse, microbe tuberculeux, tout cela se ressemble fort et n'est pas loin de constituer un seul être.

Si l'intransigeance est le premier défaut du discours du M. Colin, le second est l'oubli des travaux les plus récents et les plus estimés. Les recherches d'Hippolyte Martin lui sont, paraît-il, inconnues, car il nous a rappelé que l'inoculation de matières non spécifiques de divers ordres produisait des tubercules chez les animaux prédisposés, mais il n'a pas ajouté que ces tubercules sont faux et non susceptibles d'inoculations successives, et que seul le tubercule vrai, caractérisé par la présence de bacilles, se reproduit à la manière des virus et communique la tuberculose après un nombre indéfini de cultures.

M. Germain Sée avait la partie belle. Et d'abord, il établit que le bacille de Koch n'existe pas partout, qu'il ne voltige pas dans l'air et que la contagion tuberculeuse ne vient pas exclusivement du dehors. Le bacille de Koch ne pullule ni au-dessous de 30° ni au-dessus de 90°, il appartient à l'individu et ne prospère que dans un milieu spécial. Montrez-nous-le, si vous le pouvez, avec ses dimensions, sa forme, ses réactions, sa couleur, en dehors de la tuberculose ! Cette recherche a été faite, et dans le monde entier, d'un accord unanime, les caractères de ce petit organisme ont été reconnus spécifiques.

Une parcelle de produit tuberculeux dépouillée de ses microbes ne produit rien par l'inoculation; le bacille, inoculé seul dans une cornée transparente, pullule, envahit le globe de l'œil, et devient le point de départ d'une tuberculose générale. Nous n'insisterons pas sur la fin de cette réponse, où l'orateur a justement rappelé les travaux d'Hippolyte Martin.

M. Colin aurait bien répliqué; mais le temps ne l'a pas permis. M. le président voulait exhorter l'Académie à souscrire pour l'érection du monument de Bouillaud, puis ouvrir le scrutin pour l'élection d'un membre correspondant national dans la section de physique et de chimie médicales, enfin

donner la parole à M. Foville (projet de loi sur les aliénés; surveillance spéciale des aliénés traités à domicile; législation des divers pays sur la matière), et à M. Blot (rapport sur la vaccine).

Le nouveau correspondant national est M. Cazeneuve, de Lyon.

L.-G. Richelot.

Documents statistiques pour servir à l'étude des conditions pathogéniques de la paralysie générale,

Par J. Luys, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Salpêtrière.

Le travail que MM. Ball et Régis ont publié récemment dans le journal l'*Encéphale*, sur les familles d'aliénés, a ouvert la voie pour de nouvelles recherches qui touchent au développement des maladies mentales et nerveuses.

Cette méthode de statistique des ascendants, des parents et des enfants des aliénés, comparés aux ascendants, aux parents, aux enfants de familles saines prises dans un même milieu et dans un groupe égal, permet d'entrevoir des rapports nouveaux et de fixer les esprits sur certains points qui touchent particulièrement à la question de l'hérédité morbide.

C'est dans cet ordre d'études que j'ai réuni un certain nombre de documents, puisés dans ma pratique personnelle, et qui me permettent d'apporter un appoint de faits intéressants destinés à jeter quelque jour particulièrement sur les familles des paralytiques généraux.

Les points sur lesquels j'appelle l'attention comprennent les questions qui sont relatives soit à la lignée, soit à l'individu lui-même, et à l'état mental de sa descendance. J'ai opéré sur un chiffre de 140 paralytiques généraux, appartenant à un milieu élevé dans la société, et, à ce point de vue-là, sensiblement différents des cas qui ont servi aux statistiques de MM. Ball et Régis.

Voici donc les principales déductions qui découlent de mes observations. Elles concernent :

1° *L'âge.* — Les deux extrêmes de l'âge des paralytiques que j'ai eus à observer sont compris entre 27 ans, d'une part, et 61 de l'autre. L'âge moyen est celui que j'ai indiqué dans mon *Traité de pathologie mentale* (1), soit 43 ans pour les hommes et 40 ans pour les femmes.

2° *Le sexe.* — Il présente une importance capitale dans les classes riches de la société; sur le chiffre de 140 sujets frappés, celui des femmes ne figure que pour 4, ce qui est le propre de la clientèle des asiles privés. Il y a donc, dans le milieu social, 136 hommes frappés de paralysie générale, alors que le chiffre des femmes s'élève seulement à 4. Dans les classes pauvres, le niveau d'équilibre tend sensiblement à s'établir. Le chiffre des paralytiques, à Bicêtre et à la Salpêtrière, paraît être à peu près égal pour les deux sexes.

3° *La taille.* — Je ne sais si, dans les statistiques existantes, on a tenu note de la stature des individus atteints de paralysie générale. Pour ma part, j'ai été frappé de la petitesse relative de la taille des paralytiques qui m'ont passé sous les yeux. Ainsi, sur mes relevés, les hommes de petite taille, au-dessous de la moyenne, sont représentés par le chiffre de 55 sur 140, ce qui fait 39 p. 100; ceux de taille moyenne, par le chiffre de 80, ce qui fait 57 p. 100, et ceux de grande taille par le chiffre de 5, ce qui fait 3 p. 100.

La question de la stature et des rapports du développement du cerveau,

(1) Luys. *Traité de pathologie mentale*, p. 548.

eu égard à la taille, soulevée dans ces derniers temps par les anthropologistes, trouve ici une application directe, puisque les hommes de petite taille, appartenant au même milieu social, sont frappés dans la proportion de 39 p. 100, alors que les individus de grande taille sont frappés seulement dans la proportion de 3 p. 100. Cette proportion semblerait établir que, en présence des mêmes causes d'excitation cérébrale, les premiers, moins bien pourvus en matière cérébrale, ont moins de force de résistance que les seconds, qui sont originellement mieux doués.

4° *L'état civil.* — Sur le nombre de 140 individus, j'ai trouvé que le chiffre des individus célibataires, dans les limites d'âge indiquées précédemment, s'élevait à 59, soit 42 p. 100, et le chiffre des gens mariés s'élevait à celui de 81, soit 58 p. 100. Ce chiffre des célibataires est relativement considérable et dénote un état mental de ces paralytiques, qui, ayant tous plus au moins un patrimoine personnel, préfèrent rester isolés plutôt que de faire comme tout le monde et de se constituer une famille régulière. Il y a évidemment, dans cette catégorie des individus, une manière anormale de comprendre la vie, soit par suite d'une incapacité native et inconsciente à affronter la lutte pour l'existence quotidienne, soit par un arrêt de développement qui les retient sur la route et les empêche de continuer leur évolution naturelle.

5° *Natalité.* — Contrairement aux conclusions formulées par MM. Ballet Régis, qui admettent que les paralytiques ont exactement le même nombre d'enfants que les individus normaux pris au même âge et dans les mêmes conditions (1), les résultats de mes statistiques mettent au contraire en saillie ce fait tristement réel de la stérilité des unions paralytiques. Ainsi, sur 81 unions de paralytiques, j'ai relevé 27 unions stériles, soit 34 p. 100 et 53 unions fécondes, soit 66 p. 100. Relativement à la natalité, sur ce chiffre de 53 unions fécondes, le nombre des enfants était de 80, soit 1,50 par ménage, ce qui est tout à fait en disproportion avec la natalité dans les familles normales.

Ainsi, d'après MM. Ball et Régis (2), le chiffre moyen dans les familles normales est de 2,73, et d'après mes recherches personnelles 2,54, ce qui exprime un chiffre double de celui qui existe dans les familles de paralytiques.

Ainsi donc on voit, d'après ces chiffres, que la lignée des paralytiques porte en elle deux germes d'extinction : d'une part le célibat qui constitue les individus à l'état de non valeur sociale, et, d'autre part, l'affaiblissement des énergies prolifiques dans les unions où l'élément mâle porte en lui-même les germes latents de la paralysie générale.

En effet, si nous additionnons d'une part le chiffre des célibataires paralytiques, qui s'élève à 59, et celui des unions stériles, qui s'élève à 27, nous arrivons à un total de 86 qui, sur 140, exprime le nombre considérable d'individus inféconds, soit une proportion de 61 p. 100.

La paralysie générale met donc son empreinte à la fois sur l'individu isolé qu'elle frappe dans son évolution sociale en lui refusant les énergies nécessaires pour se constituer une famille, et, au point de vue de sa lignée, en stérilisant son union, ou bien en infligeant à sa descendance une marque indélébile de faiblesse et d'imperfection congéniale au physique et au moral.

6° *Descendance.* — Non seulement le nombre des enfants est rare dans les familles de paralytiques, mais encore ces enfants, quand ils arrivent à terme, ce qui est déjà une difficulté franchie, dans l'immense majorité des cas, ils sont irréguilers dans leur développement, tant au point de vue physique qu'au point de vue moral.

(1) *Loco citato*, p. 425.
(2) *Loco citato*, p. 425.

Ainsi j'ai noté quatre cas d'idiotie, dix cas d'imbécillité mentale à des degrés marqués. Chez certains, on note une évolution lente, une tendance au lymphatisme, ils sont frêles et délicats. Chez certains, la dentition se fait d'une manière irrégulière. On trouve des arrêts de développement. Ils ont des pieds-bots, des malformations du cœur. J'ai rencontré une fois un arrêt de développement de l'humérus, d'autres fois des troubles de la nutrition générale caractérisés par une polysarcie précoce. Au point de vue du développement des facultés psychiques, ces enfants sont en général indisciplinés, dissipés dans les classes, rétifs à l'instruction et en général présentant peu d'application pour le travail. Aussi leurs études sont-elles très irrégulièrement faites. Au point de vue du sens moral, ils sont quelquefois très faciles à émouvoir. En moyenne ils sont indifférents, même pour leurs parents qui les soignent avec la plus grande sollicitude. Chez ces jeunes enfants, outre ces troubles du caractère, on note encore des particularités morbides qui constituent une complication grave de leur état. Ainsi ils sont sujets à avoir des maux de tête, des migraines qui, la plupart du temps, mettent obstacle à leur instruction, des accidents choréiformes, des tics de différentes espèces dans la face, dans les yeux, des impulsions à se lever, à courir sans motif. Un enfant de 13 ans, étant dans sa classe, se mettait inopinément à pousser des éclats de rire sans motif qu'il était incapable de maîtriser.

A une période plus avancée de la vie, on voit exceptionnellement cette lignée bâtarde issue de paralytiques faire son chemin hardiment dans le monde et s'y imposer grâce à un ensemble de facultés brillantes dont l'ambition ardente, l'âpreté du caractère, l'absence complète de scrupules sont ordinairement les notes dominantes. Mais qu'on ne s'y trompe pas, sous ces dehors brillants couronnés par le succès, se cachent de profondes lacunes mentales. Chez eux, toute la sève de la vie s'est portée du côté des choses de l'intelligence, et le domaine de la sensibilité morale, du sentiment est resté singulièrement en souffrance. Pour peu, en effet, qu'on scrute leur méthode de vivre, si on les trouve hardis à l'action, âpres à la curée, on les trouve par contre indifférents sur le choix des moyens employés, pour ne pas dire complètement anesthésiques relativement aux questions générales qui touchent soit à la simple délicatesse soit aux convenances sociales. Ce sont des organisations mal pondérées, exaltées au point de vue des facultés intellectuelles et atrophiées au point de vue du développement de la sensibilité morale. Sous différentes incarnations, ce sont eux qui frappent le monde par l'énergie de leurs conceptions, la hardiesse de leurs entreprises et leur dédain profond des choses de la conscience qui arrêtent le commun des hommes. Ce sont ces natures bizarres que l'on voit tour à tour devenir des personnalités puissantes dans le monde de la politique, des arts et de la science et qui, suivant le milieu social où elles évoluent, constituent des hommes de succès ou bien de ces héros de cours d'assises héréditairement viciés et dont les annales de la médecine mentale nous offrent de si fréquents exemples (1).

7° *Ascendants.* — Les pecherches statistiques de MM. Ball et Régis ont montré dans quelles conditions spéciales les familles de paralytiques se trouvaient au point de vue des ascendants. Les résultats signalés par eux concordent avec les nôtres, excepté toutefois au sujet de la natalité exagérée qu'ils ont signalée dans la ligne ascendante. Cependant mes notes sur ce point ne sont pas assez précises pour me permettre de formuler une opinion complète.

(1) Mandsley s'exprime ainsi à ce sujet (chap. II, p. 63), dans son ouvrage sur le crime et la folie : « L'absence de sens moral est l'effet occasionnel de l'insanité des ascendants. » Voir encore dans le même ordre d'idées la très intéressante recherche de P. Jacoby sur la sélection dans ses rapports avec l'hérédité chez l'homme.

Je me trouve donc en pleine conformité de vues avec ces messieurs, au sujet de la part d'influence qu'ils font de l'élément maternel dans le développement de la paralysie générale chez les enfants.

J'ai constaté comme eux combien l'état mental de la mère avait un retentissement profond sur sa progéniture mâle. La plupart des mères de paralytiques avec lesquelles j'ai été particulièrement en rapport m'ont présenté en effet un état spécial des facultés mentales, caractérisé tantôt par une émotivité intempestive et tantôt par un affaiblissement prématuré des facultés intellectuelles, véritable ineptie voisine de la démence.

Ainsi, en compulsant mes notes, je trouve avoir remarqué que les unes sont signalées comme excentriques, bizarres, incapables de suivre et de comprendre un raisonnement, affaiblies au point de vue du caractère, incapables de prendre une détermination et de savoir diriger leurs enfants.

Au physique, mêmes anomalies; à part des lésions grossières du système nerveux qui apparaissent, comme des accidents congestifs, des apoplexies, des tics, quelquefois la *paralysis agitans*, etc., j'ai rencontré un certain nombre de mères, petites de taille, profondément disgraciées au physique et portant les traces d'une laideur caractéristique. Il semble que dans ces cas la laideur naturelle, l'irrégularité des traits de la face, l'arrêt de développement de la stature, soient des tares fatales et de véritables dégénérescences somatiques imprimant au produit de la conception le cachet indélébile de la malformation du moule où il a été conçu.

8° *Collatéraux.* — L'étude physique et morale des collatéraux, des frères et sœurs de paralytiques, a encore, dans l'étude étiologique de la maladie, une importance capitale, qui met de plus en plus en saillie cette donnée que la paralysie générale qui éclate chez un individu n'est point un fait imprévu, arrivant *ex abrupto*, mais bien le résultat d'une série d'influences multiples totalisées sur un seul individu. Ainsi, dans la grande majorité des cas, je dirai même 19 fois sur 20, les frères et sœurs des paralytiques ont des allures spéciales dans leur manière d'être dans la vie. Ainsi, en général, ayant quelque fortune, ils restent célibataires et ne se constituent pas une famille régulière.

J'ai connu trois frères ayant une belle fortune et qui ont passé en vivant en commun leur existence entière, isolés dans leur propriété, vivant entre eux sans voir personne et ne cherchant pas à se créer une famille. L'aîné est devenu paralytique, le second était alcoolique et le troisième faible d'esprit. L'aîné fut confié à mes soins et, pendant deux ans qu'il séjourna à la maison de santé d'Ivry, ses deux frères, impressionnables à l'excès, n'ont pas pu surmonter leur émotion, se disant trop nerveux pour rendre visite à leur frère malade.

Les uns, ou sont très préoccupés de l'état de leur frère, ils sont tracassiers, soupçonneux, processifs, et très souvent portés aux excès alcooliques, ou bien ils sont indifférents, insouciants de l'état de leur frère, ne pensant qu'à eux-mêmes et faibles de volonté, disposés à succomber aux suggestions de leur entourage.

Chez les sœurs, ce sont les mêmes particularités mentales que l'on observe, diversement modifiées par le terrain féminin sur lequel elles se développent. Tantôt elles sont plus ou moins atteintes d'accidents hystériques. Elles sont inquiètes, soupçonneuses. Tantôt elles sont émotives à l'excès, loquaces ; elles ont des tendances romanesques à l'exagération, caractères difficiles, la plupart du temps brouillées avec une portion de leur famille. Au point de vue physique, elles ne brillent pas par la grâce et les séductions de la beauté. La plupart du temps, elles sont de petite taille, mal venues et laides.

A côté de ces états psychopatiques des collatéraux, qui constituent la majorité des cas observés, on trouve par compensation, comme pour les

enfants issus de paralytiques, des exceptions brillantes. C'est ainsi que je suis heureux d'avoir rencontré, chez un certain nombre de collatéraux, des frères, des sœurs de paralytiques doués d'une intelligence hors ligne, remplis de mansuétude et de savoir-vivre et constituant, par la régularité de leur conduite, la fermeté de leur jugement, la fidélité de leurs amitiés, une exception flagrante à la généralité des cas que nous venons d'observer.

Ainsi donc, en prenant les principaux points que nous venons de passer en revue au sujet des conditions pathogéniques de la paralysie générale, il est permis de constater, ainsi que nous l'avons fait pressentir tout à l'heure, que la maladie qui nous occupe n'est point une maladie adventice comme une variole, une pleurésie, mais bien l'expression d'une série de causes enchevêtrées et l'expression ultime d'une longue préparation. elle a, en effet, ses racines éloignées dans le passé de l'individu, dans sa lignée ascendante, et un retentissement plus ou moins prolongé dans sa lignée descendante.

Dès sa naissance, le mal est un germe chez l'individu destiné à devenir paralytique. Il tient de ses parents, et surtout de sa mère, un état de faiblesse congénitale et une tendance aux congestions cérébrales. Son développement physique se fait d'une manière incomplète. Sa taille est petite ou moyenne; son système nerveux n'acquiert pas l'ampleur physiologique nécessaire pour subir les ébranlements quotidiens de la vie courante. Il est médiocrement apte au service, et néanmoins il se développe et évolue normalement jusqu'au moment où il va gagner les étapes de la vie marquées pour l'éclosion de la maladie. Et alors, s'il a quelque fortune qui lui permette de vivre en province, s'il a une femme capable de prendre en main ses affaires, s'il a un milieu familial tranquille et s'il ne rencontre pas au moment critique de causes d'effervescence cérébrale, il peut passer la plus grande partie de son existence sans éclat, et, lentement, doucement, arriver à l'âge de retour, faible d'esprit, vivant passivement, au jour le jour, sans souci de la veille comme sans inquiétude du lendemain.

Inversement, l'individu prédisposé à la paralysie générale se trouve-t-il placé au milieu de l'effervescence de la vie des grandes villes, dans cette lutte incessante du froissement des passions et des intérêts, a-t-il sa carrière à suivre, à conquérir tous les jours son pain quotidien, vite, à un moment donné, il s'échauffe l'esprit et le cœur, et son ardeur ne peut plus s'arrêter. Il s'use peu à peu dans ce contact incessant, son cerveau est sans cesse en travail, il perd le sommeil, ses nuits sont agitées par des réminiscences de l'existence diurne, et avec le sommeil, au bout de quelques semaines, c'est la mémoire qui commence à faiblir; et, si l'on ajoute à ces conditions les exigences de la vie mondaine, les entraînements du dehors, la fatigue matérielle, les veilles, l'usage des boissons alcooliques, l'abus du tabac, les séductions de la vie voluptueuse, l'individu frappé ne répare plus qu'incomplètement ses forces nerveuses perdues, et dès lors c'est un combat inégal qui s'engage entre les incitations du monde extérieur et sa trame organique mal préparée, dans laquelle l'étoffe de la résistance manque dès le début.

Le paralytique a hérité de ses parents, ainsi que le dit M. Régis, d'une aptitude aux congestions cérébrales et dès lors le voilà engagé dans l'engrenage fatal.

Les congestions répétées de son cerveau vont intervenir à l'état d'éréthisme permanent ; les cellules cérébrales trop fortement sollicitées par l'action du dehors, et, à leur tour, ces éléments surexcités vont devenir par action réflexe de véritables centres d'appel pour les courants sanguins destinés à les nourrir et qui vont devenir des irrigations permanentes. Ce n'est pas tout. En vertu de ces nouvelles conditions de la circulation cérébrale, des troubles profonds vont se révéler. D'une part, cette distension permanente des courants sanguins va amener dans les gaînes vasculaires des obstructions circulatoires, des épaississements des parois, qui vont mettre

un obstacle matériel aux échanges interstitiels des cellules de la vie cérébrale et amener à bref délai leur mortification.

D'une autre part, les éléments de la névroglie, qui participent d'une façon si intime à la vie des éléments nerveux, vont entrer à leur tour en action, s'hypertrophier, se multiplier à l'infini, et, par leur prolifération incessante, donner naissance à un tissu nouveau, véritable sclérose interstitielle qui étouffe les éléments nerveux qu'elle était destinée à nourrir (1).

Dès ce moment, la trame cérébrale, rien que par le fait de la tendance aux congestions qui est innée chez l'individu, est frappée de désordres incurables qui amènent insensiblement l'usure des forces mentales et physiques. Cette déchéance progressive de l'individu n'est donc pas un phénomène morbide isolé se développant inopinément à un moment donné sous l'influence de causes banales et accidentelles.

L'observation clinique nous montre, au contraire, que semblablement à la plupart des vésanies dont on a cherché dans ces derniers temps à l'isoler, la paralysie générale est un phénomène d'évolution morbide qui se développe lentement à travers plusieurs générations. Préparée chez l'ascendant, elle montre des conditions favorables à son développement et c'est par cela qu'elle apparaît. Elle se manifeste alors par des réactions morbides fatales qui s'incarnent non seulement chez l'individu envahi, mais encore chez sa descendance sous des formes diverses qui trahissent ainsi les tares héréditaires.

(1) Luys. Du développement de la paralysie générale. (*Bulletin* de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 12 avril 1880.)

BIBLIOTHÈQUE

Des formes cliniques de la tuberculose laryngée, par M. le docteur A. Ducau. Paris, 1883, O. Doin.

Ce mémoire volumineux a pour but de prouver que la tuberculose du larynx ne fait pas une exception parmi les autres formes cliniques de la tuberculose des voies aériennes. A côté de la forme chronique, il existe des formes aiguë et subaiguë; triple modalité clinique dans laquelle on peut grouper toutes les variétés de laryngite tuberculeuse qui ont été décrites.

La forme aiguë évolue rapidement, c'est la forme *ultime* de M. Peter, elle traverse rapidement les périodes d'infiltration, d'évolution et de terminaison. Elle prend quelquefois la forme miliaire dont la marche est encore plus rapide.

La forme subaiguë est intermédiaire par son processus aux formes aiguë et chronique dont l'évolution torpide persiste pendant des années. Elle diffère donc de la précédente dont la durée varie de dix à douze mois. C'est en même temps la plus curable et, par conséquent, celle dont le pronostic est le moins défavorable; néanmoins, dans son appréciation, il est du devoir du clinicien de tenir compte de divers facteurs : hérédité, âge, climats, grossesse.

Ce chapitre et celui du traitement méritent l'attention du lecteur; M. Ducau a voulu que cette dernière partie de son mémoire fût actuelle et complète; il y passe donc en revue tous les procédés thérapeutiques en usage contre cette affection et s'arrête de préférence à la médication suivante : révulsifs en avant du cou dans les inflammations aiguës; pulvérisations antiseptiques, balsamiques ou calmantes; attouchements astringents ou avec les solutions iodo-iodurées et créosotées; enfin, abstinence de tout traitement sulfureux et du séjour au bord de la mer. Cette brochure a aussi été écrite au point de vue de la médecine pratique, ce sera là un des motifs de son succès. — C. L. D.

JOURNAL DES JOURNAUX

De la gangrène de la vulve chez les adultes, par Herman. — Les cas de gangrène aiguë de la vulve chez l'adulte et qui sont indépendants de la syphilis peuvent se diviser en 4 classes.

1° Les gangrènes que l'on observe à la suite des fièvres graves, du choléra, de la dysentérie.

2° Celles qu'on observe surtout dans les hôpitaux chez les accouchées; gangrènes puerpérales, épidémiques débutant par une tache ou une escharre de la surface interne des lèvres, se limitant le plus souvent à la chute de l'escharre, mais pouvant toutefois s'étendre à toutes les parties environnantes.

3° Les cas de gangrène aiguë indépendante de toute contagion, débutant par une inflammation aiguë des organes génitaux externes, se terminant par une escharre plus superficielle que celle du noma, montrant moins de tendance à s'étendre que l'érysipèle gangréneux.

4° La gangrène cellulo-cutanée, terminaison d'un érysipèle des organes génitaux externes et du périnée. (*A Case of acute gangrene of the vulva in an adult with remarks.* — *The Lancet* 23 juin 1883, 1091.) — L. Dn.

De l'emploi de l'hydrobrométhyle comme anesthésique pendant la parturition, par Wiedmann. — Dans une leçon sur les anesthésiques : chloroforme, éther, protoxyde d'azote, hydrobrométhyle, le professeur Wiedmann, de Saint-Pétersbourg, conclut à la supériorité de ce dernier en tant qu'anesthésique à employer dans l'accouchement, en se fondant sur les considérations suivantes :

L'hydrobrométhyle ou éthylbromide, liquide clair et volatil, est de plus doué d'une odeur agréable.

Lebert (1), qui l'a mis en usage dans les accouchements laborieux, dit l'avoir toujours vu soulager les douleurs sans faire courir aucun danger évident à la mère ou à l'enfant, car l'anesthésie qui résulte de son inhalation est plus facilement contrôlable que celle du chloroforme. La patiente n'a pas besoin d'être complètement inconsciente.

L'hydrobrométhyle possède une action plus rapide que celle du chloroforme; pour obtenir un état d'anesthésie moyennement marqué, il suffit de quelques minutes, et il n'est pas nécessaire pour en obtenir quelques résultats que la narcose soit profonde. Il faut même éviter de pousser cette anesthésie trop loin; la malade doit être encore capable de répondre clairement et distinctement aux questions qui lui sont adressées. Ce degré est parfaitement suffisant pour rendre l'accouchement tout à fait insensible.

L'état de conscience n'est pas incompatible avec l'état d'insensibilité pour la douleur que l'on peut réaliser avec l'hydrobrométhyle, tout en laissant la malade parfaitement en état de répondre aux questions et d'exécuter les ordres de l'accoucheur.

La durée du travail n'est pas augmentée comme cela a lieu pour le chloroforme. Dans les quelques cas où l'auteur a employé l'hydrobrométhyle, il n'a pas vu survenir ces hémorrhagies post-partum par inertie secondaire comme cela arrive pour le chloroforme, et sous ce rapport le premier anesthésique est bien supérieur au second.

Rabuteau, dans son *Compte rendu de Tocologie*, 1883, n° 26, dit que l'action de l'hydrobrométhyle se prolonge moins que celle du chloroforme, et que le patient supporte mieux l'inhalation de ses vapeurs qui sont moins irritantes que celles du chloroforme.

Les contre-indications sont, d'après Rabuteau, les mêmes que celles du chloroforme; les cas observés par le docteur Wiedmann ne sont pas encore assez nombreux pour lui permettre d'établir les indications et contre-indications du nouvel anesthésique; toutefois, il croit pouvoir présager à l'hydrobrométhyle un avenir brillant comme hypnotique à employer non seulement dans les dystocies, mais encore dans les parturitions normales.

Saint-Petersburgh Med. Wosch. et *The Therap. Gaz.* Aug. 1883.

L. Dn.

De l'inflammation purulente de toutes les grandes séreuses, par Kinnicutt. — Cette observation est celle d'un individu qui, à son entrée à l'hôpital, avait les symptômes d'une pleurésie et quelques signes de péricardite. L'opération fit retirer du pus crémeux de la plèvre; mais ce malade n'en succombait pas moins. A l'autopsie, on constatait de la péritonite purulente, de la pleurésie purulente double, de la péricardite purulente. Les

(1) *Archives de Tocologie*. Juin 1882.

fibres cardiaques étaient en dégénérescence graisseuse commençante; l'épithélium rénal un peu boursouflé; mais on ne put invoquer, pour origine de cette infection purulente, ni le rhumatisme, ni la maladie de Bright, ni une maladie infectieuse quelconque. (*New-York med. Record*, 21 avril 1883.). — L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 décembre 1883. — Présidence de M. HARDY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE :

Il n'y a pas de correspondance officielle.

La correspondance non officielle comprend un pli cacheté adressé par M. le docteur Georges Martin (de Bordeaux).

PRÉSENTATIONS :

M. TARNIER présente un nouveau céphalotribe qu'il a fait construire par M. Collin.

COMMUNICATIONS :

M. COLIN (d'Alfort), à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Sée, fait observer que la question soulevée par son collègue lui semble encore loin d'être résolue. La solution présentée ne tient compte ni de tous les faits acquis, ni de tous les résultats de l'expérimentation sur les animaux. Il ne s'agit pas de savoir s'il y a ou non des microbes dans les crachats de phthisiques, mais bien s'ils sont propres aux produits de l'expectoration de ces malades, si, par conséquent, leur présence est un moyen de diagnostic sûr de la phthisie; enfin, si cette présence indique sûrement la nature parasitaire ou microbienne de leur tuberculose.

M. Colin admet l'existence de microbes dans les produits de l'expectoration des phthisiques. Comment n'y en aurait-il pas alors qu'ils existent dans une foule d'autres conditions pathologiques et même à l'état physiologique?

La présence de ces microbes n'a donc rien de spécial à la phthisie.

M. Colin s'applique à démontrer qu'il reste beaucoup de choses à apprendre pour qu'on voie bien si les microbes des crachats de phthisiques peuvent devenir un moyen de diagnostic.

Quant à la question de savoir si la présence des microbes dans les crachats implique la nature parasitaire ou microbienne de la phthisie, c'est là, selon M. Colin, un point très obscur.

L'expérimentation a un fait capital à opposer à la doctrine de la virulence tuberculeuse par le bacille, c'est celui de la production du tubercule par l'inoculation des matières non tuberculeuses. Ce fait est parfaitement établi et, à lui seul, ruine la doctrine dont il s'agit.

M. Germain SÉE répond aux trois objections suivantes faites par M. Colin : 1° le bacille existe à l'état physiologique; 2° il n'a rien de spécial à la tuberculose; 3° il n'indique nullement la nature parasitaire de cette affection.

A la première objection, à savoir que les bacilles existent à l'état physiologique, M. Sée répond qu'on n'en trouve point dans l'air, qu'il ne les a jamais considérés comme une cause de contagion; qu'ils se trouvent pour ainsi dire fabriqués par l'individu lui-même. Koch a démontré qu'au-dessous de 30° et au-dessus de 90°, le bacille ne peut pas vivre; que la température dans laquelle il se développe le mieux oscille entre 36° et 40°, précisément la température du corps humain. Les bacilles ne pourraient donc pas vivre dans l'air. Il faut, d'une part, une certaine température et, d'autre part, une certaine disposition de l'individu qui doit lui servir de milieu de culture. Il n'y a donc pas la moindre analogie à établir entre les bacilles et les bactéridies, les micrococcus, etc.

Si l'on injecte des produits tuberculeux sans bacilles, on n'obtient rien par l'inoculation; si, au contraire, on injecte le bacille seul, isolé, on obtient non seulement une tuberculose locale, mais une tuberculose généralisée.

A la seconde objection, à savoir que la présence des bacilles dans les crachats des tuberculeux n'a point de valeur, M. Sée répond en renvoyant aux travaux de MM. Malassez et Vignal. Koch a démontré qu'il n'y avait rien qui ressemblât à la coloration spéciale du bacille.

M. Sée ajoute que l'existence du bacille chez les tuberculeux occupe aujourd'hui le monde entier; il a pu rassembler près de deux mille cinq cent dix observations.

La troisième objection de M. Colin est que le bacille n'implique pas la nature parasitaire de la maladie. C'est là une erreur, dit M. Sée. On le trouvera dans toutes les périodes de la phthisie, aussi bien au début que dans la caverne la mieux caractérisée. On le trouve depuis le premier jour jusqu'au dernier, quelle que soit la période de la maladie. Un jeune expérimentateur, M. Martin, interne des hôpitaux, a démontré qu'en inoculant n'importe quelle substance, on pouvait obtenir des lésions, des pseudo-tubercules, mais que, dans ces cas, une première inoculation seule pouvait donner un résultat positif, tandis que, avec l'inoculation du bacille, on obtient indéfiniment la tuberculose.

Élection :

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant dans la quatrième division (chimie organique et toxicologie).

La liste de présentation portait, en première ligne, M. Cazeneuve (de Lyon); en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Lotard (de Lille) et Perrier (de Bordeaux).

Le nombre des votants étant de 64, majorité 33, M. Cazeneuve obtient 59 suffrages, M. Lotard 4; un bulletin blanc.

En conséquence, M. Cazeneuve est proclamé élu.

Rapport :

M. Blot donne lecture d'un rapport officiel sur la vaccine et les méthodes pratiquées en France en 1882.

Lecture :

M. Foville lit un travail ayant pour titre : *Etude comparative des législations étrangères en ce qui concerne les aliénés traités à domicile.*

Il paraît ressortir de l'examen comparatif des résultats acquis dans les pays voisins que ce service devrait se faire aux deux conditions suivantes :

1° Présenter plusieurs degrés hiérarchiques de surveillance se contrôlant l'un l'autre;
2° Etre centralisé entre les mains d'un corps spécial relevant directement de l'Etat.

Ce travail est renvoyé à la Commission d'examen de la loi sur les aliénés.

— L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie.

THÉRAPEUTIQUE

Les capsules de sulfate de quinine de Pelletier ou des trois cachets.

Le sulfate de quinine est une des substances les plus employées en thérapeutique non seulement à cause de la constance de ses effets, mais aussi parce qu'aucune autre ne épond à un si grand nombre d'indications et ne trouve autant d'applications.

Il faut ajouter aussi qu'il est à peu près impossible de le remplacer par aucune autre substance.

Mais il est évident, et par cela même, que pour qu'on puisse compter sur son action, il faut qu'il soit pur; non seulement pur de toute matière étrangère au quinquina, mais exempt aussi des sels de tous les autres alcaloïdes si divers et si nombreux, qui accompagnent la quinine dans la précieuse écorce. Un récent procès a montré combien diffère dans son action le sulfate de quinine mélangé à des sels des alcaloïdes congénères, cinchonidine, quinidine, etc.

A l'occasion de ce procès et des falsifications qui lui ont donné lieu, l'administration de l'Assistance publique de Paris, la Pharmacie centrale des hôpitaux donnèrent l'ordre de remplacer tous les sulfates de quinine contenus dans les magasins, par le sulfate de quinine de *Pelletier* connu sous le nom de *sulfate de quinine des trois cachets*, qui présente les garanties d'une « pureté absolue » (*Gazette des hôpitaux*, 18 janvier 1883).

On sait, en effet, que la découverte de la quinine est due à Pelletier à qui elle mérita le prix Montyon. Plus tard, Delondre et Levaillant, en raison de la consommation toujours

croissante de cet indispensable produit, fondèrent deux usines qui, réunies à celle de Pelletier par M. Armet de Lisle et Cie, ses successeurs, prit dès lors le nom de « *sulfate des trois cachets* », désignation et marque qu'ils ont toujours conservées.

Si l'on songe aux dangers que peut faire courir aux malades l'emploi d'un médicament impur, surtout le sulfate de quinine qui se prescrit dans le traitement des affections les plus graves, des fièvres typhoïdes et pernicieuses, par exemple, on comprendra combien il importe que les malades reçoivent et que les médecins prescrivent du sulfate de quinine pur. . . . .

De tout cela il faut conclure, avec la *Gazette des hôpitaux* (18 janvier 1883), que les malades ne doivent employer et les médecins ne doivent formuler que le *sulfate de quinine de Pelletier* ou *des trois cachets*.

Pour en faciliter l'emploi, MM. Armet de Lisle et Cie, successeurs de Pelletier, viennent d'ajouter à leur fabrication, celle de petites capsules sphériques, composées d'une mince enveloppe en gomme, gélatine et sucre, de la grosseur d'un pois, transparentes, contenant chacune 10 centigrammes de sulfate de quinine à l'état cristallisé soyeux, et se conservant indéfiniment, ainsi que l'on peut s'en assurer à chaque instant en ouvrant une capsule. Ce procédé ingénieux permet un dosage exact et une graduation facile dans les doses de médicament ; il supprime complètement l'amertume de la quinine tout en mettant celle-ci, d'une manière sûre et rapide, en présence des liquides de l'estomac, grâce à la facile solubilité de l'enveloppe, ce qui assure son absorption, tandis qu'on a vu les diverses pilules ou dragées préparées à l'avance dans les pharmacies, avec du sulfate de quinine de toute provenance, traverser entièrement les voies digestives sans qu'il y ait eu d'absorption, et par conséquent d'action. Si l'on en croit M. Legouest les cachets ne seraient pas exempts de ce reproche.

Rien n'est plus commode que d'employer les capsules de sulfate de quinine des *trois cachets*. De cette manière, le médecin est certain de la *pureté absolue* et il peut graduer les doses à volonté puisque ces capsules contiennent chacune 10 centigrammes et que la fabrique les délivre aux pharmaciens en flacons de 10 et 20 capsules, représentant 1 et 2 grammes.

Les applications de ce médicament sont tellement connues qu'il suffit de les esquisser rapidement. Consacré d'abord par ses succès dans les fièvres intermittentes ou paludéennes, le sulfate de quinine a donné aussi les meilleurs résultats dans les fièvres pernicieuses et les fièvres bilieuses des pays chauds; on sait tout le parti que le docteur Maillot a su en tirer en Algérie ; il rend des services dans les cas de fièvre jaune à forme rémittente; mais c'est surtout dans la fièvre typhoïde que le sulfate de quinine a été récemment appliqué avec succès à doses massives (1). Son action se fait également sentir dans toutes les maladies aiguës ou chroniques présentant à certains jours ou à certaines heures des exacerbations fébriles ou douloureuses. Il en est de même dans la plupart des névroses et surtout des névralgies à accès ou à intermittence, telles que névralgies faciales, migraines, sciatiques, névralgies intercostales. Trousseau l'a employé aussi à très haute dose dans la forme névropathique de l'angine de poitrine. L'efficacité du sulfate de quinine dans le rhumatisme aigu, maladie éminemment fébrile, est admise aujourd'hui par tous les praticiens. Les maladies de la rate et surtout du foie, les engorgements biliaires si fréquents dans les pays chauds, n'ont pas de meilleur antidote. Le professeur Piorry a démontré combien son action était rapide et énergique sur les hypertrophies spléniques.

Dans toutes les maladies où il y a altération ou extravasion de l'albumine du sang, dans les diathèses purulentes, les septicémies traumatiques, cancéreuses, le sulfate de quinine est l'antiseptique et le tonique par excellence.

Enfin, le sulfate de quinine « le type des toniques proprement dits », d'après le professeur Gubler, est toujours des plus utiles pour relever les forces des anémiques, des chlorotiques et des affaiblis, ranimer les fonctions digestives des dyspeptiques, arrêter les sueurs nocturnes des phthisiques, hâter les convalescences longues et difficiles. La dose, suivant les cas, pourra alors varier de 2 à 5 capsules par jour, suivant l'âge, le sexe, la force des malades, et la nature de la maladie.

La supériorité du sulfate de quinine de Pelletier vient encore de s'affirmer à l'Exposition d'Amsterdam, où le seul diplôme d'honneur accordé aux fabricants de sulfate de quinine français et étrangers a été décerné à M. Armet de Lisle.

Dr J. PELLETAN.

(1) *Bulletin* de l'Académie de médecine (30 janvier 1883).

FORMULAIRE

Bain de sublimé contre l'ophthalmie conjonctivale. — Warlomont.

Bichlorure de mercure . . . . 4 grammes.
Alcool . . . . q. s.
Eau . . . . 1000 grammes.

Faites dissoudre et ajoutez à l'eau du bain. — Quand le malade est un enfant, on diminue de moitié la dose du bichlorure de mercure. Ce bain est efficace dans le cas d'hyperémie conjonctivale avec photophobie et larmoiement. Le patient doit y séjourner de une heure et demie à deux heures, et pendant ce temps-là se laver presque constamment la figure avec l'eau de bain. Quant aux enfants, on leur en verse continuellement sur la tête des flots qui viennent inonder le visage.

COURRIER

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Tremolet (de Russey), officier d'académie, qui vient de succomber, à l'âge de trente-huit ans, aux suites d'une maladie du cœur.

— Nous avons également le regret d'annoncer la mort de M. Gustave Rivet, interne des hôpitaux, qui a succombé, à l'âge de 27 ans, aux suites d'une angine diphthéritique contractée dans son service, à l'hôpital de la Charité.

Ses obsèques ont eu lieu dimanche matin.

— Le Congrès national de la Bolivie, voulant rendre un dernier et solennel hommage à la mémoire de notre regretté confrère le docteur Jules Crevaux, vient de décréter que :

« 1° Au point appelé Teyo, lieu où furent massacrés l'illustre Français, docteur Jules Crevaux, et tous ses compagnons, explorateurs du rio Pilcomayo, serait élevée une colonne de douze mètres de hauteur, au sommet de laquelle serait placée une statue tournée vers l'orient, et dont chacune des faces porterait gravés les noms de ceux qui ont péri sous les coups des Tobas ;

2° Qu'au même endroit serait fondée une colonie, laquelle porterait le nom de « Colonie Crevaux ».

— Par arrêté ministériel, en date du 28 novembre 1883, un concours sera ouvert à Paris, le 2 juin 1884, pour quatre places d'agrégés de pharmacie, à répartir de la manière suivante, entre les Ecoles supérieures de pharmacie ci-après désignées :

Paris. — Une place (histoire naturelle).
Montpellier. — Deux places (histoire naturelle ; pharmacie).
Nancy. — Une place (histoire naturelle).

Les candidats s'inscrivent chacun d'une manière spéciale pour l'une des places mises au concours dans chaque Ecole supérieure. Ils peuvent s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places et pour plusieurs établissements.

— La librairie C. Reinwald vient de mettre en vente le 10e volume de la *Bibliothèque des Sciences contemporaines*. Ce volume contient la *Géographie médicale* de M. le docteur A. Bordier, professeur à l'Ecole d'anthropologie. Pour accompagner ce volume de 688 pages, l'auteur a dressé une série de 21 cartes, qui se vendent séparément, mais qui sont disposées de manière à pouvoir être reliées aux endroits utiles dans le volume. L'importance de ce livre n'a pas besoin d'être signalée surtout à l'époque actuelle, où les relations de plus en plus fréquentes entre les peuples les plus éloignés ont rendu la connaissance de l'action des milieux obligatoire.

Des angines de poitrine, par le docteur Henri Huchard, médecin de l'hôpital Tenon, etc. (Broch. grand in-8° de 127 pages. Chez Germer Baillière, Alcan, successeur. Prix : 3 francs. Paris, 1883.)

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

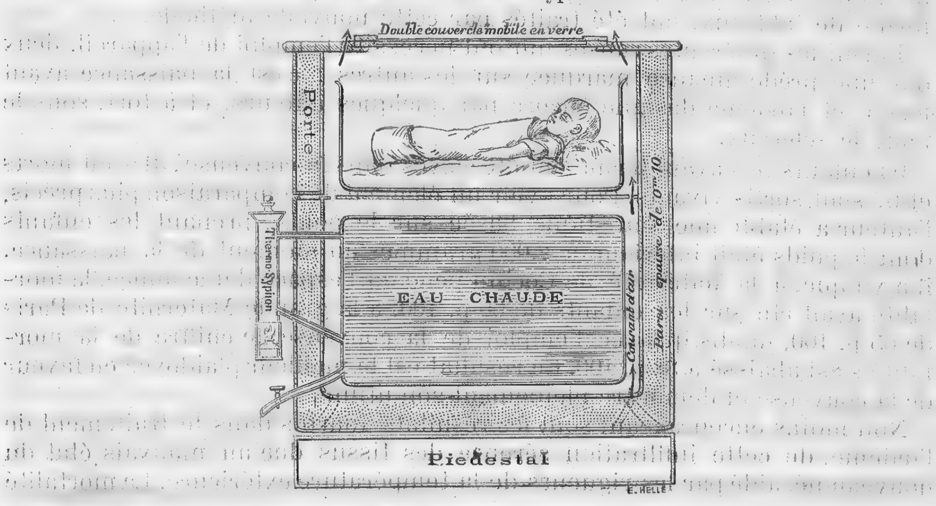
De la couveuse pour enfants,

Par A. AUVARD.

Les résultats obtenus à l'aide de la couveuse pour l'élevage des nouveau-nés viennent d'être publiés dans un article paru dans les *Archives de tocologie* (octobre 1883), par M. Auvard, interne à la Maternité. Nous allons faire connaître les principaux points de cette nouvelle et intéressante méthode.

Les couveuses furent introduites à la Maternité de Paris en 1881 par M. le docteur Tarnier. Ces premiers appareils, au nombre de deux, se composent d'une caisse volumineuse en bois, divisée en deux étages, l'inférieur destiné à l'eau chaude, le supérieur à recevoir l'enfant. La figure ci-jointe dispense d'une plus ample description.

Couveuse avec thermo-syphon.



FEUILLETON

CAUSERIES

Les dentistes au palais de l'Abbaye. — Mésaventure arrivée à un *Zahnarzt*. — Les huîtres artificielles. — Le chien en breloque, nouvelle mode anglaise. — Déformations anales et vulvaires.

Messieurs les dentistes (je ne les en blâme pas, veuillez bien le remarquer, je constate seulement un fait) font parler beaucoup d'eux depuis quelque temps. Il y a deux ou trois ans, il s'est fondé à Paris une école dentaire libre ayant pour professeurs des praticiens distingués et d'anciens internes des hôpitaux, pour élèves des jeunes gens de bonne volonté désirant apprendre sérieusement leur profession et l'exercer honorablement, et pour but de remplacer ou de suppléer l'enseignement officiel de l'odontologie qui n'existait pas encore et qui n'existe pas davantage à l'heure actuelle.

Les fondateurs avaient fait appel à tous ceux de leurs confrères qui occupent les premières places dans la pratique de l'art dentaire à Paris, pour faire partie du corps enseignant. Un certain nombre refusèrent, paraissant bouder l'institution. Plus tard, voyant que celle-ci avait du succès, des élèves, la sympathie de plusieurs professeurs de la Faculté qui ne dédaignèrent pas de présider leurs séances d'ouverture, les oppo-

Le chauffage de cette couveuse se faisait autrefois à l'aide du thermo-syphon ; on a abandonné ce système par crainte d'imprudence de la part des gens de service qui auraient pu laisser brûler trop longtemps la lampe, et on fait simplement verser dans le réservoir un seau d'eau bouillante matin et soir après avoir retiré une quantité égale du liquide contenu. Grâce à ce renouvellement et en le répétant une troisième fois quand il fait froid, on obtient dans la couveuse une température moyenne de 30 à 32°.

L'enfant est placé tout habillé dans l'appareil. Les vêtements sont préférables pour deux raisons : la première est que, la température où se trouve le nouveau-né étant de 30 à 32°, par conséquent encore inférieure à celle du corps, si la peau se trouvait directement en contact avec cet air, il y aurait une certaine déperdition de chaleur. La seconde a trait aux sorties de l'enfant hors de la couveuse pour l'alimentation ou les soins de propreté ; si le nouveau-né était nu dans l'appareil, on serait obligé de l'habiller chaque fois qu'on veut le prendre. En le laissant habillé on évite ces inconvénients, et on peut impunément, ainsi que la pratique l'a démontré, exposer pendant quelque temps le nouvean-né à la température de l'appartement sans aucun dommage pour lui.

Depuis l'installation des deux couveuses de la Maternité jusqu'au mois de juillet 1883, 151 enfants, dont M. Auvard publie l'observation sous forme de tableaux, ont été traités par cette nouvelle méthode.

Parmi les différentes causes qui ont nécessité l'emploi de l'appareil, deux ont une prédominance marquée sur les autres : c'est la naissance avant terme et l'œdème désigné encore par quelques auteurs, et à tort, sous le nom de scléreux.

93 enfants nés avant terme ont été élevés dans la couveuse, 31 sont morts et 62 sont sortis vivants. Pour avoir un élément de comparaison plus précis, l'auteur a établi une statistique basée sur le poids ; prenant les enfants dont le poids était inférieur à 2,000 grammes au moment de la naissance, il a vu que, à la Maternité de Cochin pendant l'espace d'une année, la mortalité avait été sur les enfants de 66 p. 100, à la grande Maternité de Paris de 65 p. 100, tandis qu'avec l'emploi de la couveuse, le chiffre de la mortalité s'est abaissé à 38 p. 100. Ce résultat est le meilleur plaidoyer en faveur de la couveuse et démontre pleinement son utilité.

Non moins encourageant sont les résultats fournis dans le traitement de l'œdème, de cette infiltration séreuse des tissus due au mauvais état du nouveau-né, aidé par les rigueurs de la température extérieure. La mortalité

---

sants de la première heure voulurent à leur tour fonder une école, et montèrent, par actions, la *Société odontologique*, qui créa l'*Institut odontotechnique de France*.

C'est pourquoi mercredi dernier, en arrivant au lieu habituel de leurs séances, les membres de la Société de chirurgie virent avec étonnement la façade du palais de l'Abbaye occupée en grande partie par une sorte d'enseigne dominant le nom des Sociétés savantes qui se réunissent d'ordinaire dans la même salle.

Un passant non prévenu, nullement au courant de l'affaire, voyant à la hauteur du premier étage ces mots en grandes capitales :

INSTITUT ODONTOTECHNIQUE
DE FRANCE

et au-dessous, en lettres bien moins grandes, quoique dorées :

Société de chirurgie
Société médicale dos hôpitaux
Société de médecine pratique
Société de thérapeutique
Société d'hydrologie, etc.

ne pouvait croire qu'une chose, c'est que, de même qu'il existe un Institut de France,

pour les enfants de cette catégorie est ordinairement très élevée, surtout dans les établissements hospitaliers. Depaul donne le chiffre moyen de 16 morts sur 20 enfants atteints d'œdème simple ; des 25 enfants placés dans la couveuse pour cette affection, 4 sont morts et 21 ont été guéris.

Deux objections se sont élevées contre la couveuse, et ont eu, paraît-il, un certain succès, surtout dans le public non médical :

1° On a comparé l'enfant élevé dans la couveuse à une plante de serre qui ne tarde pas à périr alors qu'on l'expose à la température extérieure. L'objection est sans fondement : l'enfant qui est resté pendant un certain temps dans la couveuse vit parfaitement ensuite à l'air libre ; plusieurs des faits publiés par l'auteur le prouvent nettement.

2° On a encore dit que l'enfant né avant terme pouvait être, grâce à l'emploi de la couveuse, conservé vivant jusqu'au moment ou il aurait dû naître à terme. Soit une femme enceinte du 1er janvier; elle accouche le 1er août, par conséquent à sept mois; l'enfant avait encore droit à deux mois de vie intra-utérine, pendant lesquels la couveuse se montrera efficace ; mais, au commencement d'octobre, il ne tardera pas à succomber. Objection sans valeur, ne s'appuyant sur aucun fait, aucune idée scientifique, et que l'observation a d'ailleurs démontrée inexacte.

Les recherches sur la température, le pouls et la respiration des nouveau-nés à l'air libre et dans la couveuse faites par l'auteur sont intéressantes au point de vue théorique; mais elles ne peuvent être ici résumées en quelques lignes.

La méthode des couveuses a pour adversaire celle des bains permanents institués et soutenus par le professeur Winckel à Dresde. Cette méthode allemande, quoique de naissance contemporaine de celle des couveuses, n'en est qu'à son début, elle a été encore fort peu employée; aussi ne possède-t-on pas les éléments d'un jugement comparatif. Toutefois, à n'envisager que le côté pratique de la question, la victoire semble devoir appartenir au procédé français.

La couveuse fournissant de bons résultats, il importait, pour en vulgariser l'usage, de posséder un appareil simple, bon marché, de petit volume et pouvant être chauffé sans dangers et difficultés, conditions auxquelles répondaient mal les premiers modèles employés à la Maternité de Paris. Dans ce but, et avec les conseils de M. le docteur Tarnier, M. Auvard a fait construire par M. Galante une nouvelle couveuse dont les trois figures ci-jointes donneront une idée.

---

composé de cinq académies, les cinq Sociétés sus-nommées constituaient l'Institut odontotechnique de France.

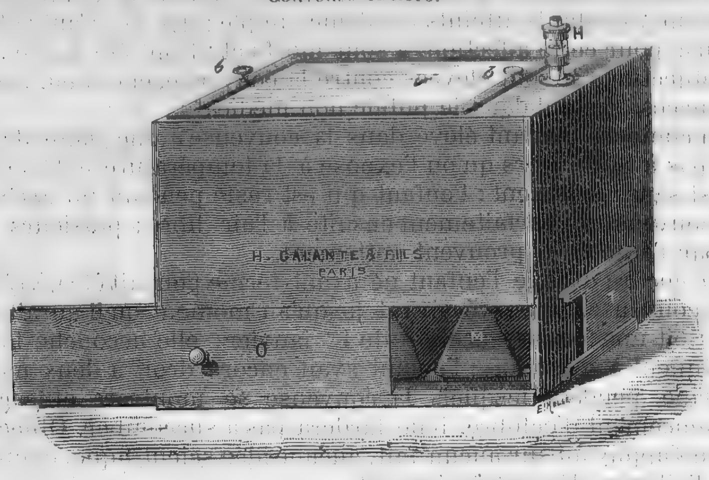
Si le passant non prévenu avait pris la peine de pénétrer dans l'édifice et de monter l'escalier monumental qui conduit à la salle des séances desdites Sociétés, son illusion n'eût pas diminué, car il eût vu au premier étage, au-dessus de la porte, l'affiche de la Société odontotechnique, et au second celle de la Société de chirurgie, qui prête son local aux autres Sociétés. Il aurait cru évidemment que toutes ces Sociétés étaient des dépendances de la Société odontotechnique. Il n'eût certes pas changé d'avis, paraît-il, s'il eût pénétré dans le sanctuaire; mais j'ai l'habitude de ne parler que de ce que j'ai vu, aussi ne continuerai-je pas le parallèle.

C'est égal, à la place de messieurs les membres des Sociétés savantes du second étage, je me sentirais humilié.

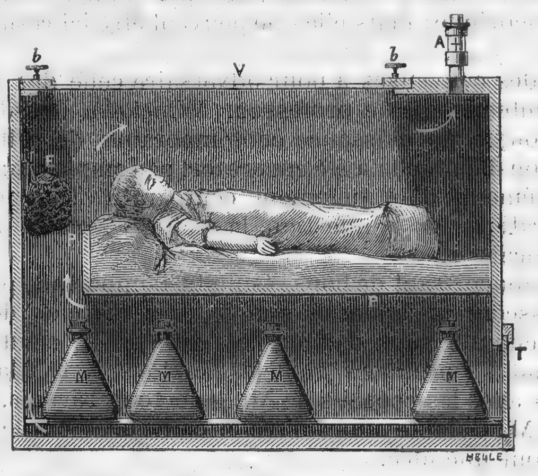
*
* *

Je n'en ai pas fini avec messieurs les dentistes. On sait qu'un certain nombre de bons esprits, et je ne rougis pas de dire que je suis de leur avis, voudraient que tous les dentistes fussent des médecins ayant les mêmes diplômes que tout officier de santé ou docteur. Les raisons qui militent en faveur de cette opinion ont été dites et redites tant de fois, que je ne veux pas les répéter. Je dirai seulement que le titre officiel de médecin, possédé par le dentiste, ne le mettrait pas en quelque sorte hors la loi commune, dans une classe de guérisseurs à part, et que lorsqu'il voudrait interroger son client sur l'état

Couveuse entière.



Coupe de la couveuse.



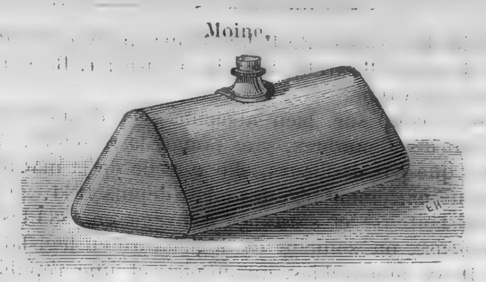
de sa santé générale, soupçonnant une relation entre celle-ci et la lésion dentaire, il ne s'exposerait pas à recevoir une réponse dans le genre de la suivante : « Monsieur, cela regarde mon médecin; je viens ici parce que j'ai mal aux dents, et non pour savoir si mes parents ou mon mari ont été malades dans leur jeunesse. » — Vous me comprenez, n'est-il pas vrai?

***

Nous savons aujourd'hui que les altérations dentaires sont souvent sous la dépendance de divers états généraux, et nous comprenons les questions posées dans ce sens par les dentistes à leurs clients. Ceux-ci se sont parfois fâchés de cette investigation, qu'ils trouvent indiscrète, mais je ne sache pas que l'investigation ni la fâcherie soient allées aussi loin que dans une ville d'Allemagne dont je n'ai pu retenir le nom; le fait a, d'ailleurs été rapporté tout récemment, et plusieurs de nos confrères m'en ont parlé.

Un médecin dentiste, un vrai médecin, *Zahnarzt*, croit reconnaître chez une jeune fille (je ne sais si elle était jolie, mais cela importe peu) une altération dentaire en rapport avec une affection des organes génitaux, et séance tenante, en l'absence des parents, se livre à un examen de la région soupçonnée. Ne trouvant pas ce qu'il cherchait, probablement, ou trouvant peut-être ce qu'il ne cherchait pas, il recommande à sa jeune cliente de ne pas souffler mot de cet examen, et la congédie. Naturellement, la jeune innocente n'a rien de plus pressé, en rentrant chez elle, que de raconter à sa mère ce qui s'était passé. Fureur de la mère, qui intente un procès au Zahnarzt pour attentat

Moine.



L'appareil est divisé en deux étages : dans l'inférieur se trouvent des boules en grès ou moines remplis d'eau chaude ; dans le supérieur est couché l'enfant.

Les moines sont enlevés et remplacés par une trappe latérale (O) pouvant s'ouvrir dans les deux sens, à droite ou à gauche. L'étage supérieur est fermé en haut par une glace qu'il suffit d'enlever quand on veut prendre l'enfant.

L'air pénètre par l'ouverture T, s'échauffe au contact des moines, monte dans l'étage supérieur en suivant le trajet indiqué par les flèches, s'humidifie en passant au contact de l'éponge (E) et se dirige vers l'extrémité opposée de cet étage, où il s'échappe par l'ouverture A à laquelle est adaptée une petite hélice (H) que le courant d'air met en mouvement.

Un thermomètre est pendu à une des parois latérales de l'étage supérieur, de préférence au-dessus de l'éponge où il peut être fixé incliné.

Avec quatre moines et cinq pendant la saison froide, on peut, en renouvelant toutes les heures ou toutes les deux heures l'eau contenue dans un de ces vases en grès et en la remplaçant par de l'eau bouillante (il est important que l'eau soit bien bouillante), obtenir une température assez régulièrement constante et variant de 31 à 33°.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La proposition de loi sur l'exercice de la médecine devant le Parlement.

C'est par la porte de derrière de l'initiative parlementaire et non pas solennellement sur la proposition du gouvernement, que la réforme de la médecine a fait de nouveau

---

à la pudeur de sa fille. En première instance, les juges, considérant que les raisons alléguées par le médecin, touchant la relation de cause à effet entre l'affection présumée des organes génitaux et l'altération dentaire, étaient valables, renvoient l'inculpé des fins de la plainte. La demanderesse en appelle de cette décision. En deuxième instance, les juges, admettant la plainte de la mère et rejetant les raisons du Zahnarzt, condamnent celui-ci à 15 jours de prison « pour avoir porté atteinte à l'honneur d'une jeune fille ».

Moralité : Messieurs les dentistes, soyez médecins si vous voulez, docteurs si vous pouvez, mais quand vous aurez besoin de renseignements un peu intimes sur vos clients, appelez en consultation le médecin ordinaire. C'est un conseil d'ami dont je suis sûr que vous apprécierez la justesse.

* *
*

Dernièrement, en causant vivisection avec quelques personnes qui adorent les huîtres, je me suis demandé si les anti-vivisectionnistes se permettaient de manger ces excellents mollusques. La question était difficile à résoudre ; mais j'ai appris depuis qu'on fabriquait des huîtres artificielles, et je ne serais pas étonné de voir à la tête de cette industrie nouvelle les promoteurs de la ligue antivivisectionniste qui a tant remué Paris dans ces derniers temps.

Voici en effet ce que j'ai lu dans plusieurs journaux :

son entrée dans la salle des séances du Palais-Bourbon, avec le patronage et la signature de MM. Chevandier, Joubert, Bizarelli, Devade, Couturier, Bernard-Lavergne, de Mahy, Lombard, Bocquios et Chavanne.

Cette question est, à coup sûr, bien ancienne ; et depuis soixante ans, on la pose périodiquement devant les Chambres, sans jamais la résoudre. A défaut d'autres qualités dont elle ne manque pas d'ailleurs, elle a celle de la maturité ; c'est là un grand mérite au point de vue parlementaire. En effet, depuis 1841, au lendemain même de la promulgation de la loi boiteuse et surannée qui régit en 1883 les institutions médicales de la République française, on sollicite de législature en législature ces réformes après tout fort modestes. Deux monarchies, un empire et une république, sans compter les gouvernements provisoires et le septennat, ont tour à tour dirigé les destinées nationales en prodiguant ces promesses qui n'ont jamais été exécutées. Serions-nous donc plus fortunés en 1883 et 1884 ?

Voilà bientôt quatorze ans que le Parlement possède parmi ses membres, députés ou sénateurs, un nombre relativement grand de médecins. Quelques-uns d'entre eux même sont redevables de leur élévation politique, à leur diplôme et à leur profession, et, transfuges du pays d'Epidaure, ces législateurs ne s'étaient guère occupés de la situation précaire de leurs anciens confrères auxquels, au nom de l'humanité et de la patrie, ils continuent officiellement de demander des services quotidiens et désintéressés.

En déposant le projet de loi que nous avons sous les yeux, ils éprouvaient sans doute, eux aussi, quelques regrets, peut-être même une sorte de remords d'un long retard dans l'appel d'une cause où les intérêts du corps médical se confondent avec ceux du pays. C'est peut-être aussi pour donner patience aux mécontents et espérance aux sceptiques par déception, si nombreux dans nos rangs, qu'ils plaident les circonstances atténuantes. D'après leurs déclaratiens, ce long oubli n'était pas prémédité, car jusqu'à ce jour « il a fallu veiller surtout à établir sur des bases solides, les institutions politiques que la France s'est données ».

Il y aurait mauvaise grâce à ne pas agréer l'argument, à moins que le projet actuel ne soit encore une déception. Soit, l'excuse est valable sans doute. Aussi la consolidation étant terminée, souhaitons qu'elle soit durable et espérons que le projet déposé sur le bureau des Chambres ne sera pas condamné aux cartons à perpétuité.

Le texte de cette proposition de loi a été, paraît-il, à l'origine rédigé en dehors du Parlement par les soins de M. Geoffroy et d'une commission composée de médecins. C'était donc une œuvre d'initiative privée que nos confrères députés transforment en proposition parlementaire. A ce sujet, il est regrettable qu'avant cette transformation on ne l'aie pas soumise aux discussions des Sociétés médicales de Paris et des départements ; elle y eût gagné tout au moins cette autorité du nombre, toujours puissante auprès des assemblées politiques. En accordant aux membres de cette commission la part de félicitations que mérite leur initiative, nous souhaitons, il n'est pas trop tard pour le faire, de les voir solliciter l'adhésion de ces nombreuses Sociétés médicales.

Qu'elle est donc l'économie de cette proposition de loi? Sous la rubrique : PERSONNEL

HUITRES ARTIFICIELLES. — La *Guienne* raconte l'histoire suivante dont nous lui laisserons la responsabilité.

Jusqu'ici, l'huître avait échappé aux fabricants.

La cherté de ce coquillage, qui vaut de l'or, a suscité de faux monnayeurs en huîtres.

La fabrication de la chair d'huître s'imite par mille moyens qui peuvent être malpropres, mais on n'y connaît rien, à moins d'être né dans la partie.

La couleur se donne avec du cuivre. Mais la difficulté, c'est de faire adhérer l'huître imitée à la vieille coquille dans laquelle on la place, « la soudure », comme disent les spécialistes de cette fabrication.

Ah ! la soudure, elle a donné du mal à trouver. Enfin, à la suite de veilles laborieuses, un des chercheurs y est arrivé. Il a composé une colle spéciale qui se fixe en même temps sur la chair humide et sur la nacre de la coquille et qui prend la solidité du cartilage. Ç'a été un coup de fortune pour l'inventeur.

Aujourd'hui il y a des ateliers d'huîtres, des huîtreries, tout comme des ateliers de chaussures, de boutons ou de capsules, des capsuleries. On les expédie à Paris, naturellement.

Ce sont des jeunes filles qui mettent la dernière main aux huîtres. Ce sont leurs doigts effilés qui font la fameuse soudure. C'est gracieux, mais malhonnête.

Comme nous sommes à l'époque de l'année où l'on mange le plus d'huîtres, j'ai pensé

MÉDICAL et UNIFICATION DES TITRES, la première partie comprend les articles ainsi libellés :

« ART. 1er. — Nul ne peut exercer la médecine sur le territoire de la République s'il « n'est pourvu d'un diplôme régulier de docteur en médecine, décerné par une Faculté « de l'Etat et s'il ne l'a fait enregistrer à la sous-préfecture et au greffe du Tribunal civil « de son domicile.

« Tous les ans au mois de janvier, la liste officielle des médecins régulièrement enre- « gistrés sera affichée par les soins du préfet dans son département et dans les mêmes « conditions de publicité que ses arrêtés.

« ART. 2. — Toutefois les officiers de santé reçus conformément au titre III de la loi « du 10 mars 1803 (19 ventôse an XI), ainsi que les médecins et chirurgiens dûment « autorisés, continnent d'exercer la médecine aux conditions et dans les termes de leur « commission. Les officiers de santé, pourvus du baccalauréat ès lettres et du baccalau- « réat ès sciences restreint pourront, s'ils comptent six années d'exercice, se présenter « devant une Faculté de l'Etat pour obtenir, s'il y a lieu, après deux examens et une thèse, « le diplôme de docteur.

« ART. 3. — Le Français et l'étranger reçus docteurs à l'étranger ne peuvent être « autorisés à exercer leur art sur le territoire de la République, qu'après avoir subi, « devant une Faculté de l'Etat, tous les examens pour le doctorat, présenté et soutenu « une thèse et produit un certificat de bonnes vie et mœurs.

« La dispense de scolarité ne leur est accordée par le ministre compétent qu'après « déclaration, par la Faculté devant laquelle ils devront passer leurs examens et sou- « tenir leur thèse, d'équivalence avec les diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences, « des diplômes ou certificats produits par les candidats.

« Le Français, reçu docteur à l'étranger, payera les mêmes frais que s'il eût fait ses « études médicales en France. L'étranger acquittera les mêmes frais imposés dans son « pays au Français qui veut y jouir des mêmes droits. »

Le titre premier vise deux points : 1° l'*unification des titres par la suppression des officiers de santé,* à la fois par l'abolition du grade et par l'extinction progressive de ceux qui le possèdent, la loi n'ayant pas d'effet rétroactif; 2° la *réglementation de l'exercice de la médecine en France par les gradés des Universités étrangères.*

L'unification des titres est depuis longtemps justifiée au point de vue humanitaire, de même qu'il n'existe pas de demi-malades, il ne doit pas exister de demi-médecins. Relativement au recrutement médical, comme on l'a démontré maintes fois, le nombre des docteurs est suffisant. Dans l'exode des campagnes vers les villes ou des pays pauvres vers les pays riches, le nombre des officiers de santé est proportionnellement plus grand que celui des docteurs. Quelle ironie, après les chiffres cités en 1874 par M. Bert et les arguments habilement développés en 1880 par M. Dechambre, de plaider encore en faveur de l'utilité sociale de cette institution!

être utile à nos lecteurs en leur communiquant la note ci-dessus, au cas où ils ne l'auraient pas lue ailleurs.

*
* *

Par contre, voici qui va mettre la ligue antivivisectionniste en fureur. C'est une mode nouvelle, assez excentrique, quand même elle ne serait pas barbare.

Le *chien à ance* fait fureur en ce moment en Angleterre.

En France, la Société protectrice des animaux mettrait le holà. Chez nos bons voisins d'outre-Manche, on est plus tolérant.

Quand le chien est tout jeune, on fait une incision à la naissance de la queue, on la recourbe en cercle, de façon que le bout vienne se greffer dans l'incision.

Au bout de quelques jours la plaie se cicatrise, la queue du chien ressemble à un cerceau ou à un cor de chasse, et on le porte ainsi à la main ou passé au poignet. Dans quelque temps on le portera peut-être à la chaîne de montre, comme une simple breloque.

Où diable la mode va-t-elle se nicher ?

*
* *

Avant de terminer, je veux présenter à nos lecteurs un petit livre dont la mère ne permettra probablement pas la lecture à sa fille, et qu'un jeune mari ne mettra pas davantage dans la corbeille de noces de sa fiancée, mais dont la connaissance ne serait

L'enregistrement du diplôme par le préfet et l'affichage des listes officielles dans la forme des autres publications administratives est une sage mesure, à la condition d'être scrupuleusement exécutée.

Naguère encore, l'*Union Médicale* a signalé la négligence avec laquelle ces listes sont établies dans le département de la Seine. Sur la dernière figurent les noms de médecins décédés depuis dix ans. Par contre, on n'y trouve pas ceux de notabilités, par exemple d'agrégés en exercice à la Faculté. Mieux vaudrait en confier l'exécution à une commission mixte de médecins, de magistrats et d'administrateurs qui aurait qualité pour exiger la production des diplômes.

Incidemment, les auteurs du projet revendiquent l'égalité de droit pour la *femme médecin* et réfutent avec ardeur l'opinion que M. Réné Roland, professeur à la Faculté catholique de droit de Lille, a émise sur cette question. Par contre, ils dédaignent les raisons des autres critiques adversaires de cette innovation sociale. Ces derniers sont des railleurs, paraît-il, et « les railleries n'ont rien à faire en matière législative; nous ne ferons pas, disent-ils, l'honneur à leurs auteurs de les examiner, si spirituelles qu'elles puissent être. » L'appréciation est bien leste, à l'égard de critiques dont la plume était autorisée et dont les arguments, comme les lecteurs de l'*Union Médicale* ont pu autrefois en juger, possédaient bien quelque valeur. La discuter n'aurait pas été une déchéance pour la majesté parlementaire et ce jugement très olympien aurait gagné de valeur à être motivé par quelques considérants.

L'*obligation pour les gradés des Universités étrangères* de subir les épreuves probatoires du doctorat en France pour acquérir le droit d'exercer, la *suppression des autorisations administratives d'exercice,* dont on connaît les scandaleux abus, mettraient un terme aux exploits du cosmopolitisme médical international. Il est équitable d'user de réciprocité envers les étrangers, dont le premier devoir serait de se soumettre aux lois du pays auquel ils demandent l'hospitalité. D'ailleurs cette mesure protège ceux d'entre eux qui veulent honorablement et loyalement exercer leur art en France; ils y trouveront aussi satisfaction. N'a-t-on pas vu dernièrement des médecins étrangers fonder à Paris une Association mutuelle d'où sont exclus tous ceux qui n'ont pas obtenu de diplôme dans une Faculté nationale? C'est là certainement une preuve de l'étendue et de la gravité des abus.

Le titre II du projet fixe les *conditions d'études* qui dureraient quatre ans, non compris le temps des épreuves. Il détermine les dispositions transitoires concernant les aspirants à l'officiat de santé en cours d'études au moment de la promulgation de la loi, et règle les conditions d'accès au doctorat pour les officiers de santé actuellement en exercice.

La *répression de l'exercice illégal,* les *pénalités* et les *incapacités* font l'objet des articles du titre III. En particulier, il vise les communautés religieuses qui ont si audacieusement envahi le domaine de la médecine, et aussi ces industries protéiformes qui vivent de l'éternelle sottise humaine en matière de crédulité médicale. Voici les articles de cette future législation, plus sévère que l'ancienne :

---

peut-être pas inutile à la mère et au mari. On sait en effet qu'une once de préservation vaut mieux que deux onces de guérison. Il s'agit des leçons que vient de publier M. Martineau sur les déformations vulvaires et anales, produites par la masturbation, le saphisme, la défloration et la sodomie (1). Voilà des mots qui rappellent bien le contenu de quelques intéressantes études de médecine légale de Tardieu ; mais les vices que l'éminent professeur de la Faculté n'avait guère rencontrés, à l'époque où il les décrivait, eux et leurs effets, que sur les pensionnaires de Saint-Lazare et dans les dépôts de la Préfecture de police, ont, paraît-il, fait irruption dans le monde des honnêtes gens. C'est pourquoi M. Martineau a cru pouvoir attirer l'attention sur ces sujets malpropres, en y mettant d'ailleurs toute la décence d'expressions et toute la réserve de langage qu'on est en droit d'attendre d'un médecin qui veut avant tout instruire ses élèves. On ne peut d'ailleurs songer à lui faire un reproche d'avoir consacré à ces questions plusieurs leçons, car le sujet est à l'ordre du jour un peu partout, malheureusement, comme on peut s'en convaincre en lisant les journaux de médecine étrangers, en particulier les recueils de gynécologie américains.

SIMPLISSIME.

(1) *Leçons sur les déformations vulvaires et anales*, etc., recueillies par M. Lormand, interne des hôpitaux — Paris, Lecrosnier et Delahaye, 1884.

« ART. 8. — Exerce illégalement la médecine toute personne qui, *sans être munie d'un « diplôme régulier, ou sans l'avoir fait enregistrer, prend part au traitement des affections « médicales ou chirurgicales, ainsi qu'à la pratique des accouchements, soit par des conseils « habituels, soit par une direction suivie, soit par des manœuvres opératoires, application « d'appareils ou délivrance de médicaments.*

« *Exerce encore illégalement la médecine la personne qui, munie d'un diplôme régulier, « sort des attributions qu'il lui confère.*

« ART. 9. — L'exercice illégal de la médecine est un délit justiciable des tribunaux de « police correctionnelle.

« ART. 10. — Le délit d'exercice de la médecine, avant l'enregistrement du diplôme, est « puni d'une amende de 25 à 100 francs. — Le délit d'exercice illégal simple sera puni « d'une amende de 100 à 500 francs. — La récidive sera punie de 500 à 1,000 francs « d'amende et d'un emprisonnement de quinze jours à six mois.

« ART. 11. — Si l'exercice illégal est accompagné de l'usurpation de titre, l'amende « sera de 1,000 à 2,000 francs; en cas de récidive, à une amende double s'ajoutera un « emprisonnement de six mois à un an. — Si l'usurpation de titre est le fait d'un mé- « decin, celui-ci sera passible d'une amende de 500 à 1,000 francs. — La récidive sera « punie d'une amende de 1,000 à 2,000 francs et d'un emprisonnement de six jours à « six mois. — Il y a récidive lorsque, dans les cinq années antérieures, le prévenu a été « condamné pour l'un des délits prévus par la présente loi.

« ART. 12. — En cas de conviction de plusieurs des délits ci-dessus énoncés, les peines « ne pourront être accumulées, si ce n'est à raison de ceux de ces délits qui seraient « postérieurs au premier acte de poursuite, sans que, par suite de cumul, l'emprison- « nement puisse jamais dépasser deux ans et l'amende 3,000 francs. — L'article 463 du « Code pénal pourra être appliqué aux délits prévus.

« ART. 13. — Sont déclarés incapables d'exercer la médecine : 1° ceux qui auront été « condamnés à des peines afflictives ou infamantes, à moins qu'elles n'aient été pro- « noncées pour des crimes politiques; — 2° ceux qui auront été condamnés à des peines « correctionnelles pour crimes ou délits de vol, pour crimes de faux, pour délits d'es- « croquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 333, 334, « 335 et 345 du Code pénal. — Les cours d'assises pourront déclarer incapables d'exercer « la médecine ceux qu'elles condamneront à des peines correctionnelles pour des faits « qualifiés crimes par la loi. »

L'innovation qui consiste à remettre aux tribunaux le soin de juger de l'incapacité et de la déchéance des coupables, a été préférée à la création souvent réclamée de conseils de discipline nommés par les corps médicaux. De l'avis des signataires du projet, de tels tribunaux disciplinaires menaceraient la liberté professionnelle; de plus, le défaut d'homogénéité dans le corps médical serait un obstacle à leur organisation. « Rien n'est « redoutable, disent-ils, dans les professions libérales, comme les orthodoxies. Elles « domptent le génie, entravent les progrès et mettent à la torture la liberté de conscience, « d'interprétation, de recherche et de doctrine. Il n'est pas si facile qu'on le pense, de « limiter le droit d'avertissement, de censure ou de réprimande à des cas bien définis. » Ces motifs ne suffiront pas pour convaincre les partisans de l'institution des conseils de discipline. En retour, le système de la commission est plus sévère encore, puisqu'il confie à des magistrats le soin de réprimer ces fautes contre l'honneur. Ces magistrats posséderont sans doute l'intégrité, mais n'auront pas la compétence professionnelle. De plus, l'autorité qu'on leur accorde leur paraîtra peut-être trop sévère pour en user sans hésitation. C'était aussi une pénalité pour les coupables et surtout un moyen de justice préventive de penser que toute chute, d'après le jugement de leurs pairs, les mettait au ban de la profession.

Le projet actuel modifie la législation des incapacités en faisant passer de la catégorie des incapacités dirimantes dans celles des facultatives, les médecins condamnés à des peines afflictives et infamantes, soit par application de la loi du 22 mars 1832 (fraudes en matière d'exemption ou de recrutement), et en vertu des articles 338 (adultère) et 349 (substitution d'enfants).

Ce projet obtiendra-t-il la faveur de la discussion publique? On peut en douter en présence de l'inattention de nos législateurs pour les questions étrangères à la politique. On nous dit que sur les bords du fleuve Rouge, l'honneur national est menacé par les bandes des Pavillons-Noirs. Soit, mais l'honneur scientifique du pays et du corps médical français, honneur qui n'est pas la moindre partie du patrimoine de la gloire nationale, est

ici engagé. Les pactes de piraterie médicale et les exploits du parasitisme professionnel, ne sont pas seulement des attentats contre la vie humaine, ils portent préjudice à cet honneur que les hommes politiques ont mission de défendre avec un soin jaloux.

Malheureusement, en rendant aux intentions excellentes des auteurs de ce projet, les hommages qu'ils méritent, il n'est pas possible d'oublier les enseignements décourageants du passé. Le coup de vent de 1848 causa la ruine des projets de M. de Salvandy et l'ajournement des espérances du corps médical. En 1872 et 1873, des événements politiques faisaient encore conduire par l'Assemblée nationale le deuil des réformes proposées par M. Naquet. N'y a-t-il pas lieu, en 1884, de craindre un semblable naufrage du projet actuel.

Enfin, après le succès si désirable, mais encore lointain de ces réformes, il ne faut pas se dissimuler que tout ne sera pas terminé. Il y aura encore des vendeurs à chasser du temple; l'action moralisatrice des Associations médicales devra activement encore s'exercer. Aussi, c'est dans leur intervention et dans leurs avis que la commission parlementaire, qui examinera le projet de nos confrères députés, devra chercher des encouragements et des avis autorisés pour parler au nom du Corps médical tout entier. D'autre part, la pérennité d'une telle œuvre dépend de la manière dont ces réformes entreront dans les mœurs; et, à cet effet, la communauté des efforts de tous ne sera pas superflue. C'est qu'on ne saurait assez rappeler cette maxime de Montesquieu : « Il y a « bien des moyens de réprimer les crimes, ce sont les peines; il y en a pour corriger les « mœurs, ce sont des exemples. » — C. L. D.

JOURNAL DES JOURNAUX

Des toniques cardiaques, par Logan. — Le docteur Logan a fait connaître, dans la séance de l'Association médicale de Liverpool du 8 novembre dernier, à quels résultats l'avaient conduit la comparaison de l'action des toniques cardiaques sur les malades de l'hôpital Nothern Hospital de Liverpool.

Il a administré la digitale, le strophantus, la squille et le convallaria dans des cas de grave insuffisance mitrale.

La digitale à la dose de 10 grains (0,65), administrée d'heure en heure, pendant un intervalle de temps qui a varié de dix-huit à quarante-huit heures, s'est montrée le plus efficace de tous ces médicaments bien que de temps à autre elle ait provoqué des nausées et des vomissements; ce qui ne doit point étonner vu la dose employée. Le convallaria maïalis n'a pas donné lieu à ces inconvénients, mais ses propriétés thérapeutiques et son efficacité se sont montrées bien inférieures à celles de la digitale.

Le strophantus constitue un tonique du cœur assez bon. La squille a donné également de bons résultats, mais son action est moins marquée que celle des autres médicaments cardiaques précités. (*The Lancet*, 17 novembre 1883.) — L. Dn.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 décembre 1883. — Présidence de M. Blanchard.

A propos des lueurs crépusculaires qui ont illuminé le ciel de Paris à la fin du mois dernier, et que M. Chapel attribue à la rencontre de la planète avec l'essaim cosmique de novembre, je me demandais comment il se fait, dans ce cas, que le phénomène ne se produise pas tous les ans à la même époque. Eh bien, il paraît que souvent, à cette époque, il se passe dans le ciel des choses extraordinaires. C'est, du moins, ce qui résulte des observations de M. Renou. Voici ce qu'il dit :

« Dans les soirées des 26 et 27 novembre, un crépuscule rouge et extraordinairement lumineux a attiré l'attention d'un grand nombre de personnes, soit à Paris, soit dans une partie de la France; beaucoup ont cru à une aurore boréale. Cette clarté extraordinaire a attiré notre attention à l'Observatoire du parc de Saint-Maur; malgré le peu de rapports entre ce phénomène et une aurore polaire, nous n'avons pas négligé de constater l'état des appareils magnétiques, qui sont demeurés tranquilles.

Le lendemain 28 novembre, longtemps avant le lever du soleil, l'aurore était aussi brillante que le crépuscule des jours précédents.

Le baromètre, assez bas le 26, a remonté rapidement le 27 et les jours suivants ; la température moyenne de la journée, qui était à 10° les 25 et 26, s'est abaissée rapidement à 4°,9 le 27, et à 2°,8 le 28, sans offrir rien de remarquable.

On ne connaît pas complètement les circonstances qui favorisent la production de ces crépuscules brillants ; ils paraissent concorder avec une éclaircie d'une immense étendue, des cirrus légers et très élevés, et un air sec dans les hautes régions de l'atmosphère.

Mais le phénomène de ces jours passés paraît se rattacher à un état atmosphérique qui se reproduit presque à jour fixe chaque année. Depuis la pluie d'étoiles filantes qui a fait son apparition le 27 novembre 1872, nous constations très souvent des manifestations orageuses du 26 au 28.

En 1878, on a entendu tonner, à l'Observatoire du Parc, le matin de bonne heure ; il a éclairé dans les soirées d'un de ces jours en 1873, 1874, 1881. Enfin, le 26 novembre dernier, on a entendu deux coups de tonnerre à Colettes, à 7 kilomètres au sud-ouest de Blois. »

M. Hervé Mangon, après avoir analysé la note précédente, fait connaître qu'il a observé de chez lui le brillant éclairage crépusculaire du 27 novembre 1883. A 6 heures 12 minutes du soir (temps moyen de l'Observatoire), plus de deux heures après le coucher du Soleil, une grande partie du ciel était encore illuminée d'une teinte rose très vive. La partie centrale la plus brillante paraissait se trouver environ à 19° W.-S.-W et à 11° ou 12° au-dessus de l'horizon. Cette lueur crépusculaire a été observée également sur les côtes de la Manche et sur celles de la Provence.

M. Decharmes écrit d'Amiens qu'il a constaté le même phénomène le 27, le 28 novembre et le 1er décembre. C'est le 28 novembre et le 1er décembre qu'il a noté la plus grande intensité de la lueur, qu'il caractérise d'aurore boréale, bien qu'il n'y eût rien d'apparent au nord. « Mais on sait, dit-il, que les aurores se prolongent souvent à l'ouest. »

M. Dumas, à qui la lettre de M. Decharmes avait été envoyée à Cannes, écrit que le phénomène a été observé par lui, pendant huit jours de suite, à partir du 26 novembre, trois qnarts d'heure après que le soleil s'était couché derrière les montagnes de l'Esterelle, et du même côté. Il ne croit pas qu'il y ait le moindre rapport entre les lueurs en question et les aurores boréales.

M. d'Abbadie partage cette opinion, et il attribue l'éclat inaccoutumé du ciel, du côté de l'Ouest, aux cendres soulevées par l'éruption de Java, et que les vents soutiennent encore dans l'atmosphère.

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. le ministre du commerce rappelant que, par un décret en date du 9 octobre dernier, il a décidé qu'il pourvoierait aux vacances des chaires du Conservatoire des arts et métiers, en choisissant le titulaire sur une liste de candidats dressée par le conseil de perfectionnement du Conservatoire, d'une part, et par une commission de l'Institut, d'autre part, commission prise dans la section qui se rapporte à la nature de la chaire vacante. — En conséquence, la section de géométrie est invitée à former une liste de candidats pour le remplacement de M. de la Gournerie, qui était professeur de géométrie descriptive au Conservatoire des arts et métiers.

M. Bouley, au nom de M. Boucheron, dépose une note sur le décollement expérimental de la rétine.

M. Vulpian, revenant sur la communication de M. Burq, rappelle qu'en 1849, un certain nombre d'ouvriers travaillant le cuivre ont succombé au choléra. Il nie que le cuivre soit un préservatif contre les maladies infectieuses ou contagieuses, telles que la fièvre typhoïde, la variole, etc., et il pense que l'affirmation contraire n'est pas sans danger, car elle inspire une sécurité trompeuse aux personnes qui, à un titre quelconque, font usage du cuivre.

M. Sanderval a construit, avec de la toile tendue sur des bras de bois, en forme d'ailes ouvertes de 12 mètres d'envergure sur 4 mètres de large au milieu, un plan rigide, relativement léger et d'une certaine souplesse ; il a suspendu cet appareil par une longue corde flottante au milieu d'un câble tendu entre deux collines, au-dessus d'un vallon creux, et il s'est attaché lui-même, à 1 mètre 50 au-dessous du plan, et un peu en avant du centre de figure. Au moyen de quatre cordages obliques, il pouvait faire porter son poids à volonté plus ou moins en avant, en arrière, à gauche ou à droite.

En somme, l machine que M. Sanderval nomme un aéroplane, s'est comportée comme un cerf-volant, et l'on ne voit guère comment cela pourra contribuer aux progrès de la navigation aérienne, ainsi que le croit l'inventeur. Mais on comprend que si un plan in-

cliné de grandes dimensions était conjugué à des aérostats de telle sorte qu'en gonflant ou dégonflant ceux-ci, on pût faire, à volonté, varier le sens de l'inclinaison dudit plan; on comprend, dis-je, qu'en glissant alternativement en haut et en bas, selon que le système tendrait à s'élever ou à s'abaisser, on obtînt une direction à peu près déterminée dans la marche de l'ensemble.

Ce système a été proposé par M. le colonel du génie, V. Marchand, et, si nous ne nous trompons, très encouragé par le professeur Linné (?). Nous engageons M. Sandervul à rechercher dans la collection de « l'Ami des sciences », les mois de décembre et janvier 1860-61 ou 1861-62. Il y trouvera une série d'articles sur ce sujet, qui ne sauraient manquer de l'intéresser vivement.

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret. — M. L.

COURRIER

— La brochure dont nous avons donné l'analyse dans notre numéro du jeudi 8 novembre : *Traitement de la fièvre jaune,* par le docteur Chabassu, se trouve chez O. Doin, libraire-éditeur.

Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre du commerce vient de décerner les récompenses suivantes aux médecins qui se sont le plus particulièrement distingués par leurs travaux spéciaux sur le service des eaux minérales pendant l'année 1880 :

Médaille d'or. — M. Tillot, médecin-inspecteur des eaux de Luxeuil.

Médailles d'argent. — MM. Philbert, médecin-inspecteur des eaux de Brides; Allaire, médecin en chef de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains; Bougarel, médecin-inspecteur des eaux de Pierrefonds.

Rappel de médailles d'argent. — MM. Billout, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Gervais; Boissier, médecin-inspecteur des eaux de Lamalou-le-Haut.

Médailles de bronze. — MM. Merle, médecin-inspecteur des eaux de Bourbon-Lancy; Gubien, médecin-inspecteur des eaux de la Mothe; Joal, médecin aux eaux du Mont-Dore; Romieu, médecin-inspecteur des eaux de Digne; Rouch, médecin-inspecteur des eaux d'Euzet; Bonnans, médecin-inspecteur des eaux d'Ussat.

Rappels de médailles de bronze. — MM. Bloc, médecin-inspecteur des eaux d'Audabre et Silvanès; Planche, médecin-inspecteur des eaux de Balaruc.

Nécrologie. — Le mercredi 5 décembre ont eu lieu les obsèques de M. le docteur Hauregard, médecin inspecteur suppléant des enfants en bas âge du département de la Seine, etc., décédé à l'âge de quarante-quatre ans.

— Le préfet de police croit devoir rappeler que des voitures spéciales pour le transport aux hôpitaux des malades atteints d'affection épidémique ou contagieuse, — de variole notamment, — sont mises gratuitement à la disposition des habitants de Paris.

Pour obtenir un transport, il suffit de s'adresser soit à un commissariat de police, soit à la préfecture.

Faculté de médecine libre de Lille. — Ont été proclamés lauréats, pour l'année scolaire 1882-1883 :

Médecine. — Première année : première médaille de bronze, M. Delebarre; deuxième médaille de bronze, M. Duriez; troisième médaille de bronze, M. Hanotte. — Deuxième année : première médaille d'argent, M. Lepercq; deuxième médaille d'argent M. Desormes, première médaille de bronze, M. Phelisse; deuxième médaille de bronze, M. Surmont. — Troisième année : médailles de bronze, MM. Bourgois, Larrouy, Mayolle et Drucké. — Quatrième année : première médaille d'argent, M. Billaux; deuxième médaille d'argent, M. Parmentier; médailles de bronze, MM. Hamed et Voiturier.

Pharmacie. — Première année : médaille de bronze, M. Masclet. — Troisième année : médaille d'argent, M. Lenoble.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Phthisie et Bacilles.

Dans l'important débat sur le rôle pathogénique des microbes les représentants officiels de l'enseignement médical viennent tour à tour prendre position. Les praticiens sauront gré sans nul doute aux maîtres éminents qui cherchent à les éclairer en si délicate matière, et le devoir de la presse est d'analyser avec une fidélité scrupuleuse toutes les pièces du litige pour les soumettre successivement au tribunal de l'opinion.

Aussi ne pouvions-nous manquer de faire connaître à nos lecteurs la substance d'une communication lue à l'Académie dans la séance du 4 décembre par M. le professeur G. Sée *sur le diagnostic des phthisies pulmonaires douteuses par la présence des bacilles dans les crachats.*

Dans la première partie de ce travail sont résumées les notions pathologiques et expérimentales sur lesquelles repose l'unicité de la phthisie pulmonaire, œuvre édifiée avec une solidité désormais inébranlable par des mains presque exclusivement françaises.

Les prévisions qu'une merveilleuse finesse d'observation dictait à un Laënnec ont trouvé, après un demi-siècle de controverses orageuses et subtiles, une éclatante confirmation dans les recherches cliniques et micrographiques de MM. Hérard et Cornil, Grancher, Charcot. Il n'y a plus à douter que le follicule tuberculeux, la granulation miliaire, le tubercule proprement dit gris ou jaune, la masse ou infiltration tuberculeuse grise ou jaune ne soient des étapes successives d'un processus unique, ayant pour conséquence finale trop habituelle dans le poumon la dégénérescence caséeuse et ulcéro-caverneuse, mais pouvant aussi quelquefois s'arrêter à l'une de ses périodes pour évoluer vers la guérison par la transformation fibreuse ou scléreuse.

Un autre grand Français, Villemin, en instituant avec une perspicacité et une ténacité que ne décourageaient ni l'indifférence, ni les plus acerbes cri-

FEUILLETON

Dictionnaire universel de la vie pratique a la ville et a la campagne, par G. Beleze. — Paris, librairie Hachette.

Ce livre si ingénieusement conçu et si bien exécuté est à sa sixième édition. C'est qu'aucun autre ne justifie mieux son titre. C'est en réalité un guide dans toutes les situations de la vie. Il est donc utile à tout le monde, et en particulier à nous, médecins, qui avons tant de relations délicates, difficiles, avec la société, dont l'existence est si multipliée, si variée, si complète, soumise à tant d'exigences, soit de la part des gens qui nous entourent, soit de la part de ce qu'on appelle les autorités ou l'administration. Combien ne nous importe-t-il pas de bien connaître nos droits et nos devoirs, les moyens de faire respecter les uns et d'accomplir les autres; et combien ne nous est-il pas utile de trouver réunis dans un seul recueil tous les renseignements, toutes les instructions, dont nous avons besoin incessamment, et que nous serions obligés de demander péniblement à de nombreuses sources que nous n'avons pas toujours sous la main.

Tous les problèmes personnels au sein de notre civilisation sont éclairés dans ce livre, et, comme le dit le titre, à la ville et à la campagne. Car il y a là, en effet, deux existences différentes, tant pour la vie intime que pour la vie extérieure.

On n'analyse pas un dictionnaire ; mais on peut faire quelques citations pour donner

tiques, une admirable série d'expériences, avait démontré que tous les produits tuberculeux, inoculés aux animaux, déterminent chez eux « une véritable phthisie se montrant sous les aspects les plus divers, les modalités les plus distinctes, variant selon les animaux et souvent polymorphe chez le même animal, mais toujours identique à elle-même, toujours indéfiniment inoculable. »

Ce critérium expérimental de la spécificité de la phthisie a trouvé enfin son explication dans la découverte du micro-organisme auquel paraissent être liées la virulence et la transmissibilité des produits tuberculeux, — le bacille tuberculeux, montré par M. Robert Koch le 24 avril 1882 à la Société médicale de Berlin.

La nature parasitaire et pathogénique du bacille tuberculeux, que Koch nous a appris à mettre en évidence par un procédé spécial de coloration, repose sur trois ordres de preuves. — Les bacilles sont constatables en plus ou moins grand nombre dans tous les produits tuberculeux de l'organisme humain, dans les lésions scrofuleuses de l'appareil lymphatique ganglionnaire, des articulations et des os, dans le lupus, que des cliniciens de la valeur de M. Ern. Besnier considéraient depuis longtemps comme de nature tuberculeuse; on les trouve aussi chez tous les animaux atteints de tuberculose spontanée, le singe, la vache. — Les bacilles ont des caractères chimiques et morphologiques qui n'appartiennent qu'à eux. Lorsque les tissus ou les tumeurs dans lesquels ils se trouvent ont été soumis successivement à l'action colorante d'une solution de fuchsine alcalinisée et à l'action décolorante de l'acide nitrique dilué, les bacilles tuberculeux apparaissent seuls colorés sous la forme de bâtonnets très minces, dont la longueur égale le quart ou la moitié d'un globule sanguin; les bacilles se développent seulement à une température de 38° à 40°, qui est celle de l'homme et des animaux tuberculisables. — Les bacilles ont la propriété exclusive de reproduire la tuberculose, quand, après les avoir isolés des produits tuberculeux eux-mêmes et obtenus à l'état de pureté par des cultures successives dans des conditions spéciales de milieu et de température, on les inocule à des animaux. Les produits tuberculeux ne sont même nocifs qu'à la condition d'être bacillifères, puisque Baumgarten, ayant introduit dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin du tubercule bacillifère et dans celle d'un autre lapin un fragment tuberculeux sans bacilles

---

une idée de la manière dont il est rédigé. Par exemple, au point de vue de la législation usuelle, qui nous concerne souvent d'une manière spéciale, nous trouvons au mot ACTE une espèce de monographie parfaitement résumée qui nous renseigne sur les choses suivantes : acte authentique, acte sous-seing privé, acte de l'état civil, de naissance, de mariage, de décès, les adoptions, les reconnaissances d'enfants naturels, actes administratifs, acte d'appel, acte de commerce, pour faire savoir ce qui doit ressortir aux tribunaux de commerce, actes conservatoires, actes écrits à la suite l'un de l'autre, qui, dans cet arrangement, n'ont pas de valeur, acte exécutoire, actes d'héritier, actes de notoriété, actes recognitifs et confirmatifs, actes respectueux, actes de société, etc., etc. — Et d'autre part, ADMINISTRATION DE TUTEUR. — ABUS D'AUTORITÉ, ABUS DE CONFIANCE. — ACCEPTATION : de la communauté, de donation et répudiation des legs, de succession sous bénéfice d'inventaire, de lettre de change et autres titres. — BAIL, etc. Sur tous ces sujets et sur tous ceux, en nombre considérable, qui appartiennent à la même catégorie, la direction est claire et complète.

Dans la vie privée, viennent les questions des ACOMPTES, soit avec ses fournisseurs, soit avec tout créancier ou débiteur, des DÉMÉNAGEMENTS, de la POSTE, des HABITATIONS, des ASSURANCES (*économie domestique, législation*), etc., etc. L'HYGIÈNE est traitée largement; les enseignements et les détails de CUISINE abondent.

A la campagne, le mot CHEMIN offre un sujet important au point de vue des servitudes, de l'entretien, etc. Il est longuement question des ANIMAUX DOMESTIQUES dans des articles nombreux et variés. — L'ECONOMIE RURALE, l'HORTICULTURE ont une grande part. Ainsi, en horticulture, pour ne faire allusion qu'à un point de vue restreint, je citerai, pour les potagers bien tenus, l'article utile CONTRE-PLANTATION. — On trouvera encore d'intéres-

appréciables, vit se développer chez le premier une vraie tuberculose de l'œil inoculé suivie d'une tuberculisation générale, tandis que chez le second ne se montrait ancun vestige de néoplasme, ni dans l'œil, ni ailleurs.

Ces prémisses posées, M. le professeur G. Sée aborde la valeur diagnostique des crachats bacillifères et pose nettement l'affirmation suivante : « Les matières expectorées par le phthisique, quelle que soit la période de sa maladie, souvent même dès le début, contiennent, comme la matière tuberculeuse elle-même, les bacilles qui constituent l'élément le plus important de la tuberculose. Ces parasites sont les témoins irrécusables de la maladie et en constituent la caractéristique; c'est, pour ainsi dire, la signature de la tuberculose. Et cela est si vrai que, si vous constatez dans l'expectoration la présence bien et dûment accusée du bacille, vous pouvez être certains qu'il s'agit d'un phthisique pulmonaire. — Intervertissez la proposition; examinez comparativement l'expectoration provenant d'une autre lésion; dès que vous aurez acquis par un examen répété la preuve de l'absence des bacilles dans les crachats, vous pourrez sans crainte conclure qu'il ne s'agit pas d'une lésion tuberculeuse. »

La valeur diagnostique des crachats bacillifères, dont nos lecteurs ont déjà pu se faire une juste idée, grâce au récent travail de notre distingué collègue Cochez (1), repose aujourd'hui sur un nombre imposant de faits. Aussitôt qu'il eut découvert le bacille tuberculeux, Koch s'assura que ce microbe existait dans les crachats de presque tous les phthisiques avérés et manquait totalement dans ceux des malades non tuberculeux. Depuis Koch, des recherches ont été poursuivies dans ce sens avec une vive émulation dans toutes les parties du monde scientifique par des observateurs que nous ne saurions tous nommer, mais qui pour la France sont MM. Cornil et Babès, Straus, Malassez et Vignal, Debove et Cochez; aussi ne paraît-il guère possible qu'on puisse contester la constance des bacilles dans les crachats des phthisiques avérés, quand on lit dans un travail de statistique produit par Fergusson à la Société de Massachussets, au mois de juin dernier, que sur un ensemble de 2,509 cas de phthisie avec recherches des bacilles, on les trouva 2,417 fois.

Mais, s'il ne s'agissait que de chercher dans la présence des bacilles la

(1) *Union Médicale*, 24 et 27 novembre 1883.

---

sants renseignements sur la MÉTÉOROLOGIE. — C'est par centaines que les articles se succèdent sur ces sujets et sur tant d'autres, CAILLE, CHASSE, PÊCHE, etc., etc.

J'ai dit que le *Dictionnaire de la vie pratique* offre la lumière pour tous les faits de la vie; voici des exemples : CHEMINS DE FER, tous les renseignements utiles; — TACHES, moyens d'enlever les taches sur les feuilles de papier sans altérer l'écriture; — considérations sur les LYCÉES ET COLLÈGES DE JEUNES FILLES; — COTILLON (*danse*), énumération de toutes les figures qui peuvent être exécutées dans cette danse; — de même pour les JEUX de société; — AVOCAT, MÉDECIN au point de vue de la profession, etc., etc.

Le nom de M. le professeur Legouez, qui a revu la dernière édition, est une garantie absolue. — On peut dire que le *Dictionnaire universel de la vie pratique* mérite d'être le manuel obligé de toutes les familles.

LE MONDE PHYSIQUE, par Amédée GUILLEMIN. — Tome quatrième : la Chaleur, la Physique moléculaire, la Météorologie. — Paris, librairie Hachette.

La publication dont le titre précède est jugée depuis longtemps. C'est un des meilleurs produits de la féconde et inépuisable maison Hachette. J'en ai parlé plus d'une fois aux lecteurs de l'UNION MÉDICALE, et c'est le cas d'en parler encore à l'époque où nous sommes de l'année.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur l'importance et l'intérêt des matières contenues dans ce quatrième volume. « De toutes les forces physiques, la chaleur est celle dont il nous importe le plus de connaître et d'approfondir les lois. Non seulement elle intéresse directement, immédiatement, notre propre existence, ainsi que celle de tous les êtres

confirmation d'un diagnostic de phthisie attesté par la réunion de tous les signes classiques, cette recherche des microbes dans les crachats n'aurait guère qu'une valeur de curiosité. Le point que M. G. Sée a voulu mettre en lumière serait d'une bien autre importance.

C'est le diagnostic des PHTHISIES DOUTEUSES que le professeur de clinique de l'Hôtel-Dieu essaie d'éclairer par la recherche des bacilles dans les crachats, en ajoutant ainsi à celles que nous possédons déjà « une nouvelle méthode d'examen clinique qui puisse les compléter et souvent les devancer ».

Les phthisies douteuses se divisent en trois catégories : les phthisies latentes, larvées et pseudo-cavitaires.

Les *phthisies latentes* sont celles qui ne se traduisent que par des troubles respiratoires fonctionnels (toux sèche ou catarrhale, hémoptysie avec ou sans fièvre, avec ou sans amaigrissement), l'auscultation et la percussion ne fournissant que des données vulgaires ou négatives.

M. G. Sée admet trois formes de phthisie latente.

Dans la phthisie à forme de catarrhe sec, lorsqu'il n'existe qu'une petite toux quinteuse, une expectoration rare incomplètement formée avec ou sans fièvre, sans aucune modification du murmure respiratoire ni de la sonorité du thorax, on ne peut émettre avec nos méthodes d'exploration classique, autre chose que des hypothèses? Mais, si l'expectoration commence à contenir quelques fragments opaques, formés par la sécrétion folliculaire, on peut y trouver le bacille et établir le diagnostic, comme l'a fait Lichtheim dans un cas qui datait de quinze jours. Les bacilles peuvent en effet apparaître dans l'expectoration avant qu'il y ait ramollissement caséeux des tubercules. On les a constatés dans les divers éléments du tubercule cru et non ulcéré, dans la zone des cellules embryonnaires, dans celle des cellules épithélioïdes et principalement dans les cellules géantes qui sont pour ainsi dire constantes, quoique non caractéristiques, au centre du nodule tuberculeux; or, le tubercule étant ordinairement bronchique et péribronchique, le parasite peut très bien se trouver dans l'infundibulum des alvéoles ou avoir pénétré dans la cavité de la bronchiole en se mêlant aux mucosités qui se trouvent sécrétées, dès le début de la maladie, sans qu'il y ait encore ramollissement caséiforme et ulcération réelle de la muqueuse bronchique.

Dans la phthisie à forme hémoptoïque, l'hémoptysie peut ouvrir la série

---

dont la vie est indispensable à la nôtre, mais son action sur tous les corps, à des degrés d'ailleurs bien divers, est si constante, qu'on ne conçoit guère ce qu'ils seraient sans elle. « Aucun des phénomènes actuels, dit M. Dumas, ne peut nous donner une idée de ce que deviendrait la matière, si elle cessait d'être soumise à l'action de la chaleur, qui en agite les dernières particules. Nous apprécions l'existence de la chaleur sans matière, dans le vide parfait. La matière sans chaleur nous est inconnue. » Si cette assertion de l'illustre Secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences est vraie pour les corps inorganiques quelconques, combien n'est-elle pas plus évidente pour tout être organisé! Privation non pas même de toute chaleur, mais seulement d'un certain degré de chaleur, est pour tout corps vivant, animal ou végétal, synonyme de mort. »

Ainsi débute magistralement ce beau volume. Et nous lisons un peu plus loin : « Le mouvement, à la surface de la terre, paraît inséparable de la chaleur. » — Dans les lignes qui précèdent se trouve implicitement renfermé tout le sujet. Mais ici, je me trouve assailli par une simple réflexion, si la chaleur est un mouvement ondulatoire de l'éther qui remplit tout l'espace, une vibration moléculaire des corps, comment pourrait-on « apprécier l'existence de la chaleur sans matière » ?

Cette réflexion nous conduit à la lutte qui a existé longtemps entre les deux hypothèses modernes sur la nature de la chaleur : celle du « fluide répandu dans toute la nature », — celle des « mouvements insensibles des molécules de la matière », c'est cette dernière qui a remporté la victoire. Quand on a suivi l'exposé si clair, si instructif, si bien résumé, de notre auteur, comme il est facile de répondre aux sceptiques qui cherchent à abaisser la science médicale en disant que c'est une science conjecturale! La physique est-elle moins conjecturale? qui a jamais vu cet éther qui occupe tous les

des accidents tuberculeux, sans qu'on puisse acquérir pendant un temps souvent très long de notions certaines sur l'origine et la nature de l'hémorrhagie. « Dans ces derniers temps, dit M. Sée, on a parlé d'hémoptysies d'origine arthritique, qui auraient le privilège de guérir infailliblement, tandis que les hémoptysies d'origine tuberculeuse seraient fatales. Mais rien ne démontre que ces hémoptysies dites arthritiques ne soient pas le premier signe de la tuberculose ; Louis a établi nettement les relations de l'hémorrhagie avec le tubercule. Si les hémoptoïques guérissent parfaitement et souvent d'une manière définitive, c'est que les tubercules deviennent fibreux, c'est-à-dire se cicatrisent. Des milliers d'individus, même de familles tuberculeuses, ont eu dans leur jeunesse des hémoptysies et ont guéri soit définitivement, soit pendant de longues années; or, il s'agit de reconnaître la nature de ces hémoptysies. »

Ce passage du travail de M. le professeur Sée semble révoquer en doute l'existence des hémoptysies arthritiques, au sujet desquelles M. Henri Huchard a fait devant l'Association pour l'avancement des sciences au récent Congrès de Rouen une communication très applaudie. — A ce point de vue, les prémisses posées par M. Sée — présence constante des bacilles dans les hémoptysies des tuberculeux, — nous paraissent en désaccord avec sa conclusion, — négation des hémoptysies purement arthritiques. On trouve, en effet, dans la communication de M. Huchard, une observation reproduite par Cochez dans son travail et qui nous montre une malade notoirement arthritique atteinte, depuis vingt-huit ans, de crachements de sang; or, dans les crachats, examinés à trois reprises différentes et minutieusement, Cochez et notre autre collègue Pennel n'ont pu trouver le bacille de Koch, « ce qui, dit naturellement Cochez, vient corroborer le diagnostic d'hémoptysie arthritique. »

Quelle différence entre cette vieille arthritique qui crache le sang depuis tant d'années sans qu'on puisse trouver un seul bacille dans ses crachats et la jeune fille dont M. Sée cite l'observation ! Celle-ci entre à la clinique de l'Hôtel-Dieu pour un crachement de sang remontant à une semaine ; elle n'avait qu'un peu de fièvre et des râles sous-crépitants, dont l'origine pouvait être attribuée à un simple catarrhe bronchique ou à la présence du sang dans les bronches. Mais l'examen décela, de prime abord, dans les

---

espaces de la nature et qui se trouve interposé entre les molécules des corps solides, liquides ou gazeux, et les échauffe par ses vibrations? « ... Comment ce mouvement a-t-il lieu? Est-il particulier aux atomes ou aux molécules, c'est-à-dire aux groupes d'atomes qui constituent les corps; ou bien appartient-il à l'éther contenu dans les espaces intermoléculaires? Enfin est-il commun à cet éther et aux molécules? » La physique, sans doute, a produit des faits positifs et utiles, mais n'en est-il pas de même de la médecine? C'est bien le cas de répéter : *Felix qui potuit rerum cognoscere causas!* mais ce *felix* n'a jamais existé et n'existera jamais.

En nous attachant surtout à ce que nous pouvons connaître et comprendre, nous trouverons, dans le quatrième volume de M. Guillemin, les instructions les plus intéressantes sur une multitude de faits touchant la chaleur, parmi lesquels je citerai quelques-uns des plus importants : la dépendance étroite qui existe entre les mouvements qu'on observe dans le monde inorganique et la chaleur ; — les phénomènes par lesquels se renouvelle sans cesse l'eau des sources, des rivières et des fleuves, qui, selon l'expression de Clausius, « forment la moitié d'un cours circulaire dont la seconde moitié se trouve dans les nuages »; — les applications industrielles de la chaleur; — la végétation dans les différentes zones du globe, suivant la température; — l'insuffisance du *toucher* pour apprécier la température; — l'histoire, la construction et l'emploi des thermomètres; — les changements d'état des corps; — les expériences curieuses sur la force expansive de la glace; — l'état sphéroïdal; — la liquéfaction des gaz; — la propagation de la chaleur, la chaleur rayonnante; — la structure du soleil; — la température de l'espace interplanétaire; — la chaleur produite par les êtres vivants; — la puissance mécanique de la chaleur solaire; etc., etc., etc.

crachats des bacilles nombreux : un mois après on trouvait les signes de l'excavation tuberculeuse.

La présence des bacilles dans les crachats sanglants du début permet ainsi, non seulement de faire le diagnostic, mais ruine définitivement la théorie des phthisies dites *ab hemoptoë*, en montrant que l'hémoptysie est bien le premier signe et non la cause de la tuberculose.

La phthisie miliaire est la troisième forme de phthisie latente. — On sait quelles analogies elle présente souvent avec la fièvre typhoïde et combien le diagnostic est malaisé à établir. Or, si on perçoit des râles secs ou humides disséminés dans toute la poitrine et qu'il se manifeste une expectoration, le bacille peut s'y rencontrer ; dès lors le diagnostic est fait. Si, au contraire, la granulie pulmonaire ne se traduit que par une congestion excessive et des signes d'asphyxie, sans qu'on perçoive de râles, sans qu'il y ait par conséquent de sécrétion bronchique ni d'expectoration, il devient impossible de discerner la maladie tuberculeuse de la fièvre typhoïde ; mais, si les typhiques arrivés à cette période congestive ne se trouvent pas trop prostrés pour expectorer et si on peut faire l'examen de leurs crachats, le résultat négatif, c'est-à-dire l'absence dûment constatée de bacilles, suffira pour faire écarter absolument l'hypothèse de la tuberculose.

Larvées sont les phthisies qui débutent avec fracas, pour ainsi dire, sous la forme d'une maladie aiguë des organes respiratoires. On croit à une pneumonie lobaire, à une bronchite aiguë, à une laryngite accidentelle, à une pleurésie simple, et l'erreur est presque inévitable sans l'examen microscopique des crachats. Nous ne pouvons reproduire ici les faits personnels ou empruntés aux observateurs les plus dignes de foi que M. G. Sée a cités comme exemples de ces phthisies larvées ; mais, que ces formes insidieuses soient pneumoniques, bronchiques, laryngées ou pleurales, c'est par la constatation du bacille dans l'expectoration ou le liquide pleurétique qu'il sera le plus souvent possible de les démasquer.

A propos des phthisies à forme pleurale, M. Sée rappelle que la corrélation entre la tuberculose pulmonaire et les pleurésies antérieures a été diversement interprétée ; on s'est demandé si une pleurésie remontant à dix, quinze ou vingt ans avait été la cause ou la première manifestation de la tuberculose ultérieure. — La première hypothèse ne paraît pas pouvoir supporter un examen sérieux ; car « on ne s'explique pas, dit M. Sée, comment

---

Et je terminerai ce compte rendu par la citation suivante, qui est hautement instructive et admirablement faite pour ouvrir et occuper l'intelligence de l'homme qui pense : « La science qui a reconstitué, par l'étude approfondie des terrains de sédiment, les flores et les faunes des époques géologiques, nous apprend que, dans le passé de la terre, pendant ces périodes que des millions d'années séparent de la nôtre, la chaleur a joué un rôle plus important encore qu'aujourd'hui sur les productions des deux règnes. Toutefois, il importe de remarquer, comme nous l'avons déjà fait, que dans des phénomènes aussi complexes que ceux dont les êtres organisés nous offrent le tableau, la chaleur n'est pas le seul agent physique essentiel à leur développement normal. Mais à coup sûr, partout où il y a vie, on peut être assuré qu'il y a, à la fois, production et consommation de chaleur.

« L'astronomie, la physique du globe, la géologie concourent à démontrer que, pendant cette longue histoire du développement de notre planète, les climats ont subi sur toute la surface du globe des changements considérables. Les végétaux qui caractérisent les premières périodes, les plus chaudes, celles de la houille et de la craie, appartiennent à des famillles cryptogames ; leurs dimensions gigantesques indiquent une puissance de végétation dont il ne reste plus de trace que dans quelques rares points de notre zone tropicale. Peu à peu, à mesure que la température terrestre se refroidit, le caractère de la végétation change ; des arbres semblables à ceux de l'époque actuelle se mêlent aux formes primitives, puis vont en augmentant en nombre à mesure qu'on approche des deux premières périodes tertiaires cerrespondant aux terrains des environs de Paris. « A cette époque, dit M. Ch. Martin, la végétation est complètement changée ; les végétaux primitifs auxquels nous devons la houille ont disparu ; le paysage a l'aspect de

une inflammation simple plastique ou séro-fibrineuse peut déterminer le dépôt de la matière virulente dans le poumon, à moins que ce ne soit par voie de propagation, et retenir ce dépôt secrètement, indéfiniment. Il est au contraire facile de comprendre qu'un individu, surtout de race tuberculeuse, soit atteint à deux reprises très éloignées de l'infection tuberculeuse, une première fois de la plèvre, une seconde fois du poumon. » Il n'est d'ailleurs pas plus surprenant de voir guérir une pleurésie tuberculeuse que de voir les tubercules des os, des glandes, de l'épididyme et du poumon se transformer en tubercules fibreux.

La troisième catégorie de diagnostics incertains que permet d'élucider l'examen des crachats comprend les cas où des lésions non tuberculeuses simulent soit l'induration massive, soit l'excavation ulcéreuse du poumon par les signes stéthoscopiques auxquels elles donnent lieu. — Ce sont des *pseudo-phthisies* déterminant ou non des signes cavitaires.

Ainsi la syphilis du poumon qui peut consister, soit en tumeurs gommeuses simulant l'induration tuberculeuse (matité, souffle bronchique et bronchophonie), soit en cavernes résultant de la fonte de ces gommes, et déterminant tous les signes cavitaires (bruits amphoriques, gargouillements) ; — ainsi les bronchectasies, les catarrhes bronchiques chroniques avec pneumonie chronique, ne pourront parfois être différenciés de la phthisie que par le résultat négatif de l'examen des crachats.

La présence des bacilles dans l'expectoration vérifiée par de récents observateurs a permis aussi d'affirmer la nature tuberculeuse de ces catarrhes chroniques si fréquents chez les diabétiques, et déclarés si souvent inoffensifs jusqu'au jour où apparaissent soit des signes cavitaires, soit l'hémoptysie.

C'est encore grâce à la constatation des bacilles dans les produits expectorés que M. le professeur Sée, constatant chez un syphilitique atteint d'insuffisance aortique les signes d'une induration pulmonaire du sommet gauche, put affirmer que ces signes traduisaient l'existence d'une infiltration tuberculeuse et non d'une pneumonie chronique simple ou d'un syphilome, que ce malade était bien un cardiaque devenu phthisique.

Paul Le Gendre.

---

celui des pays chauds et des zones tempérées. Les arbres ressemblent à des saules, à des pins, à des palmiers. Enfin, dans la période tertiaire la plus récente, ce sont des arbres voisins de nos acacias, de nos érables, de nos peupliers, qui ombragent le sol ; c'est l'aurore de la végétation actuelle, de celle qui doit orner la terre à l'apparition de l'homme. Les arbres du Japon, les forêts de l'Amérique septentrionale, rappellent le mieux cette période végétale, et semblent relier ainsi la flore actuelle à la dernière des flores disparues. »

« Quelle durée représentent tous ces changements ! combien de milliers, de millions d'années ont été nécessaires à l'entier accomplissement de ces phénomènes connexes, du lent refroidissement de la température de la terre et des transformations subies par les espèces animales et végétales ! Quand on songe au nombre de siècles qui s'écoulent sans amener chez ces espèces de modifications sensibles, l'imagination s'étonne en face de l'antiquité de la terre, devant laquelle l'antiquité historique n'est qu'un point imperceptible de la durée ! »

L'ouvrage de M. Amédée Guillemin est également remarquable par le fond et par la forme, par l'élément scientifique et par le style ; les dessins sont d'une rare perfection. On ne pourrait choisir un meilleur guide dans une étude aussi utile.

Dr G. Richelot père.

De la scarlatine, sa nature et son traitement,

Par le docteur LE DIBERDER.

La scarlatine a été l'objet d'un grand nombre de mémoires, d'articles de dictionnaires et de journaux; j'en ai compulsé un grand nombre, et dans aucun je n'ai trouvé formulées les idées qui font l'objet de ce mémoire.

En observant très attentivement la scarlatine dans son développement, il est facile de constater que la fièvre suit une marche régulière avec des exacerbations dont on prévoit les retours périodiques.

En se basant sur ces intermittences et en administrant d'emblée le sulfate de quinine, les rémissions se dessinent très nettement, les redoublements retardent, sans cesser, jusqu'à ce que l'éruption ait atteint son apogée. Chaque accès accompagne ou provoque une activité plus grande de l'exanthème dans sa marche, sous le double rapport de l'intensité et de l'étendue. Le dernier accès est le plus accentué, mais il est sans danger si la quinine a été portée à des doses convenables.

Dans la scarlatine anomale, grave, la quinine rend les accès rémittents au lieu de subintrants, et en diminue la gravité.

Les accidents consécutifs sont dus à la persistance du principe scarlatineux dans le sang. Ce principe agit à la façon de celui de la fièvre paludéenne. Ce qui les différencie, c'est la marche rapide des accidents chez les scarlatineux. La quinine donnée préventivement est le plus sûr moyen d'en empêcher la manifestation ou de les combattre lorsqu'ils éclatent.

Dès le début de ce travail, j'ai dû formuler d'une manière précise le résultat auquel je suis arrivé après des observations suivies depuis 1838. Pour légitimer mes conclusions, je me bornerai à un petit nombre d'observations. Il sera facile à tous les médecins qui voudront entrer dans cette voie d'en apprécier la valeur. Je commencerai par deux observations de scarlatine puerpérale.

OBS. I. — Le 7 novembre 1867, Mme M..., 20 ans, primipare, accouche à terme à huit heures du soir. L'accouchement est long, douloureux, et nécessite l'application du forceps.

Le lendemain, 8 novembre, à huit heures du matin, je constate une scarlatine. La malade nous dit que la veille, pendant les douleurs du travail, elle avait senti mal à la gorge, mais qu'elle n'avait pas le loisir d'y songer.

La face est plus colorée que de coutume; le cou et le haut de la poitrine sont couverts de plaques rouges pointillées caractéristiques. Le voile du palais est d'un rouge piqueté très accentué. Les amygdales, un peu volumineuses, sont d'un rouge vif, sans plaques pultacées. La langue est couverte d'un enduit peu épais. La déglutition est douloureuse, la chaleur vive, le pouls à 110. Point de nausée ni de vomissement (1).

Je me hâtai d'administrer la quinine, 1 gr. en trois paquets, le dernier devant être donné à onze heures du matin. Je m'attendais à un redoublement de fièvre au commencement de l'après-midi.

Quatre heures du soir. — Le redoublement a commencé à une heure et demie. Le pouls à 130. L'éruption s'est étendue sur toute la poitrine et gagne le ventre. Le mal de gorge est plus prononcé, les glandes sous-maxillaires sensibles au toucher.

9 novembre. La fin de la nuit a été calme. Ce matin, pouls à 112. Chaleur moins vive que la veille au soir. L'éruption gagne les membres supérieurs et inférieurs. La gorge toujours douloureuse, mais pas plus que la veille; les suites de couches sont normales.

Prescription : 1 gramme de quinine en trois doses.

Quatre heures du soir. — Le redoublement a commencé depuis une demi-heure; le pouls à 134; la chaleur est très vive.

10 novembre. Nuit agitée pendant la plus grande partie de sa durée; un peu de calme depuis le matin; l'éruption atteint les extrémités.

(1) Dans les mois précédents, dans notre ville, deux femmes en couches avaient été prises de scarlatine et avaient succombé.

Même prescription : sulfate de quinine, 1 gramme en trois doses.

11 novembre. Le redoublement a débuté à neuf heures du soir; il n'a pas été plus violent que celui de la veille. La teinte scarlatineuse est à son apogée; elle tend à se rapprocher du jaune orangé. Pouls à 110. Chaleur vive accompagnée d'un peu de moiteur. La langue est dépouillée en grande partie; la gorge moins douloureuse.

Les seins se sont développés; la pression fait couler le lait.

Même prescription. Trois bouillons.

12 novembre. La nuit a été plus calme. Pouls à 108; moiteur généralisée. L'enfant est mis au sein; l'allaitement commence franchement.

17 novembre. La desquamation commence au cou et sur la poitrine. La quinine est continuée jusqu'au vingtième jour, où la malade se lève pour la première fois. La convalescence a suivi une marche régulière sans aucun accident.

L'enfant n'a présenté aucun signe de scarlatine.

Obs. II. — Le 20 janvier 1881, Mme M..., de L..., âgée de 22 ans, enceinte pour la seconde fois, accouche naturellement à terme, à dix heures du soir, d'un garçon bien conformé. Aucun accident immédiat à signaler.

21 janvier, à huit heures du matin, je constate une scarlatine. La nuit a été agitée, sans sommeil; le cou et le haut de la poitrine sont le siège de plaques rouges avec un léger piqueté. La gorge est rouge, les amygdales un peu volumineuses, plus teintées que d'habitude; le voile du palais participe à la même teinte mêlée de piqueté rouge. Pouls à 104; température, 38°,5.

Je prescris le sulfate de quinine, 1 gr. en trois doses, la dernière à onze heures.

Quatre heures du soir. — Le redoublement a commencé à une heure. Tous les signes précédents se sont accentués. Pouls à 120; température, 39°,4.

22 janvier. Nuit agitée; un peu de calme le matin. Pouls à 108; température, 38°,8; l'éruption a envahi tout le tronc et gagné les épaules et le haut des cuisses. La langue est couverte d'un enduit sale dans toute son étendue.

Même prescription.

Cinq heures du soir. — La fièvre a redoublé depuis une heure. Pouls à 124; température, 40°; l'éruption a une teinte plus prononcée que le matin. Les suites de couches ne présentent rien à noter.

23 janvier. Nuit mauvaise, agitation, chaleur très pénible. Ce matin, le calme se fait; un peu de sommeil avec de la moiteur. Pouls à 116. Température, 39°,5; l'enduit de la langue a augmenté d'épaisseur depuis le début. La rougeur du palais et de l'isthme du gosier sont d'un rouge vif violacé. Deux petits points blancs pultacés sur les amygdales. Les lochies se décolorent. — Même prescription.

Le redoublement de fièvre a commencé dans la soirée. Je suis mandé à une heure du matin. La famille est très inquiète; la chaleur est très vive; le pouls à 106. Agitation très grande; léger délire.

24 janvier. Le calme est revenu. Pouls à 116; température, 38°,8. L'éruption se complète, rouge un peu orangée, fortement piquetée; la langue est dépouillée en grande partie.

Prescription : Persister dans l'usage de la quinine toujours à la dose de 1 gramme. Bouillons.

25 janvier. La nuit a été calme. Pouls à 92; température, 38°,5. L'expression de la figure a meilleur aspect. A dater de ce jour, l'amélioration suit une marche progressive.

La desquamation commence le 1er février. La fluxion ne s'est pas faite vers les seins, et cependant le lait avait été abondant lors de la première couche, et Mme M... avait pu allaiter son premier enfant. Cette fois, aucun mouvement du sang ne s'est produit vers les seins.

Pendant les jours qui suivirent, malgré l'usage de la quinine réduite à 0,80 jusqu'à la fin de la desquamation, le pouls ne descend pas au-dessous de 92. L'appétit n'est pas revenu franchement. La malade se plaint d'une douleur au ventre.

L'examen me fait découvrir, dans la fosse iliaque droite, une tumeur qui doit être le commencement d'un abcès dans le ligament large; la pression est douloureuse.

Je maintiens la quinine à la dose de 0,50 et j'y ajoute une solution d'iodure de potassium à 0,50 en deux fois; enfin, je fais faire des frictions à la pommade iodo-iodurée.

Pendant les trois premiers jours, la tumeur reste stationnaire, puis elle suit une marche décroissante, mais lentement.

Le 20 février, la convalescence était assurée. *(A suivre.)*

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 décembre 1883. — Présidence de M. Guéniot.

Rapport :

M. Polaillon lit un rapport relatif à un travail de M. Dubourg (de Bordeaux) sur l'*ostéotomie appliquée au redressement des membres*.

M. Dubourg a pratiqué quatre fois cette opération, deux fois pour un *genu valgum*, une fois pour une courbure rachitique du tibia, une fois pour une ankylose angulaire du genou. Dans la première observation, il s'agit d'un enfant de 4 ans chez lequel l'auteur a pratiqué une ostéotomie linéaire pour un *genu valgum* double. La guérison a été obtenue après deux pansements. Dans la seconde, il s'agit également d'un enfant de 4 ans, présentant un *genu valgum* d'un seul côté, atteint en outre de paralysie infantile; même opération, même succès.

Je suis, dit M. Polaillon, partisan de l'ostéotomie par le procédé de Mac Even, mais pas pour des cas semblables à ceux dont il s'agit ici; dans ces cas, en effet, le redressement est facile à l'aide de l'ostéoclasie, bien moins dangereux que l'ostéotomie, quels que soient les avantages de l'antiseptie. Sur 59 ostéotomies que j'ai pu rassembler, 8 ont été suivies d'accidents légers, 8 d'accidents graves et 4 ont été suivies de mort. L'ostéoclasie, surtout depuis le perfectionnement de l'appareil de Collin, donne au contraire toujours de très bons résultats, et jamais, jusqu'ici, n'a été suivie de mort. Elle est donc préférable chez les enfants et chez les adolescents à l'ostéotomie.

La troisième observation présentée par M. Dubourg a trait à un enfant de 28 mois atteint d'incurvation rachitique du tibia; M. Dubourg a pratiqué une ostéotomie linéaire; il y eut de la suppuration, et l'enfant n'a été guéri qu'après deux mois.

Il y a dans ce fait, ajoute M. Polaillon, une tendance regrettable à l'abus de l'ostéotomie. On sait, en effet, que les courbures de cet âge peuvent se redresser spontanément. L'opération était donc contre-indiquée, dans ce cas particulier, pour ces trois raisons : 1° parce qu'elle était grave; 2° parce qu'elle était inutile; 3° parce qu'elle ne mettait pas sûrement à l'abri de la récidive.

Dans la quatrième observation, il s'agit d'un jeune garçon de 14 ans qui était atteint d'une ankylose osseuse du genou à angle droit. Cet enfant avait eu une tumeur blanche pour laquelle on avait pratiqué une résection à la suite de laquelle il y eut une suppuration assez abondante. Les soins que reçut ce malade à la suite de cette opération furent tels que le membre s'ankylosa dans la flexion à angle droit. M. Dubourg pratiqua, chez cet enfant, une ostéotomie cunéiforme, le membre fut redressé; pansement de Lister, immobilisation dans la rectitude; guérison.

Il n'y a pas d'objections à faire à l'opération pratiquée par M. Dubourg dans ce cas, et l'on ne peut que le féliciter du résultat obtenu.

M. Reclus : Tandis que je remplaçais M. Lannelongue à l'hôpital Trousseau, j'ai pratiqué neuf fois l'ostéoclasie avec succès, six fois pour des *genu valgum*, trois fois pour des déformations rachitiques, sur des enfants de 3 à 7 ans. Les résultats obtenus ont été excellents, grâce à l'appareil de Collin perfectionné. Dans un seul cas, il y eut un peu de sphacèle de la peau; dans un autre, on rencontra de grandes difficultés à cause de la déformation considérable; il y avait un raccourcissement très notable du triceps sural, je fus obligé de faire la section du tendon d'Achille; le membre fut placé dans un appareil plâtré. Enfin, après deux mois, l'enfant marchait. M. Bœckel admet que l'ostéoclasie manuelle est préférable. Je déclare que, dans ces neuf cas, l'ostéoclasie manuelle a été essayée toujours sans succès. Je préfère donc de beaucoup me servir de l'appareil de Collin et je m'inscris en faux contre l'opinion émise par M. Bœckel. Il y a, en effet, des cas où l'ostéoclasie manuelle ne réussit pas et où l'ostéoclasie avec l'appareil modifié de Collin donne de meilleurs résultats. En présence de ces faits, il y a lieu de se demander jusqu'à quel point, sur des enfants de 4 à 7 ans, les chirurgiens ont le droit de pratiquer l'ostéotomie qui n'est pas exempte de dangers.

M. Gillette : L'ostéotomie ne doit jamais être pratiquée sur des enfants très jeunes, avant 7 ou 8 ans, ni même l'ostéoclasie. Il n'en est plus de même chez l'adulte où les deux opérations peuvent être avantageusement combinées, comme je l'ai fait avec succès

chez un malade de Bicêtre, qui avait eu une fracture avec consolidation vicieuse, et tout récemment sur un malade de l'hospice Tenon.

M. Verneuil : Tout en considérant l'ostéotomie comme une bonne opération dans certains cas, je préfère, pour le *genu valgum* et la déformation rachitique, l'ostéoclasie avec laquelle on obtient des résultats excellents, comme ceux que j'ai obtenus chez un jeune homme que j'ai opéré en juin dernier.

Je ferai observer à M. Reclus qu'il ne faut pas juger l'appareil Collin au moment où en parlait Bœckel, puisque, depuis, cet appareil a été si heureusement modifié. Je pourrais citer plusieurs cas dans lesquels l'ostéoclasie, même chez l'adulte, m'a donné les meilleurs résultats. J'ajouterai que, généralement dans le voisinage d'articulations récemment atteintes d'arthrites, les os deviennent friables. Dans ces cas, la rupture peut porter un peu au-dessus ou au-dessous du point où on voudrait qu'elle se fît.

M. Berger montre plusieurs photographies représentant, avant et après l'opération, des malades chez lesquels M. Beauregard (du Havre) a pratiqué l'ostéotomie. Tout en reconnaissant que l'ostéoclasie est préférable surtout chez les enfants, je ferai observer, dit-il, qu'elle n'est pas exempte d'accident. Il y a des cas, en effet, où la consolidation ne s'est pas faite. M. Berger en cite plusieurs exemples.

M. Verneuil : Dans les cas où l'ostéoclasie n'a pas donné de bons résultats, rien ne prouve que l'ostéotomie en eût donné de meilleurs.

M. Terrillon : J'ai fait, en 1878 et 1879, alors que je remplaçais M. Lannelongue à l'hôpital Trousseau, plusieurs ostéoclasies pour remédier à des courbures rachitiques du tibia, chez de jeunes enfants, et j'en ai obtenu de très bons résultats, bien qu'à cette époque l'appareil de M. Collin ne fût pas encore entré dans la pratique. L'ostéoclasie manuelle est donc relativement facile chez des enfants de 3 à 5 ans.

M. Desprès : Je considère l'ostéotomie et même l'ostéoclasie, dans les cas de courbures rachitiques, comme des opérations tout au moins inutiles, puisqu'une bonne nourriture et une bonne hygiène peuvent toujours amener le redressement de ces courbures. Je ne suis donc pas partisan de l'ostéotomie ; mais si j'avais à pratiquer cette opération dans le but de redresser un membre courbé, je ne me contenterais pas d'enlever un seul coin, j'en enlèverais plusieurs à diverses hauteurs.

M. Monod : J'ai observé récemment un malade ayant une ankylose en ligne droite du coude, qui se fit une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. Ce malade ayant été soumis au chloroforme, on tenta de plier son avant-bras sur son bras, mais ce fut au niveau de la fracture et non au niveau de l'articulation que la flexion s'opéra. Ce fait est en faveur de l'ostéoclasie.

M. Reclus : Je répondrai à M. Desprès que, si l'on admettait sa manière de voir, on ne devrait jamais rencontrer de rachitique après un certain âge. Il est cependant bon nombre de courbures rachitiques dans lesquelles la bonne hygiène seule serait bien insuffisante pour obtenir la rectitude.

M. Lucas-Championnière : Pour juger la valeur de l'ostéotomie, il ne suffit pas de réunir tous les cas connus et de baser sur eux une statistique générale. Il faut tenir compte surtout de l'opinion et des faits de ceux qui en ont pratiqué un grand nombre comme, par exemple, Mac Even qui est arrivé à un chiffre d'opérations extrêmement considérable sans mortalité. Si l'on compare l'ostéotomie et l'ostéoclasie, il semble que la première offre certains avantages sur la seconde, les suites en sont moins longues, la guérison en est plus rapide. Il y a des conditions nouvelles en ce qui concerne l'ostéotomie, conditions qui, dans un certain nombre de cas, peuvent rendre cette opération préférable à l'ostéoclasie.

M. Trélat : Il y a bien des manières de juger les questions analogues à celle qui se présente ; il ne suffit pas d'élever des théories, de ratiociner, comme le fait M. Desprès. Il faut une argumentation basée sur des faits. Comment s'obtiennent les solutions de beaucoup de problèmes de ce genre? Par une sorte d'assentiment, par un consensus universel qui font entrer une méthode dans la pratique de chacun.

Dans le travail, objet du rapport de M. Polaillon, il y a des sujets très complexes : *genu valgum* d'un côté, rachitisme de l'autre, ankylose pour un troisième, etc. Il y a autant d'indications différentes dans ces cas ; c'est uniquement par l'expérimentation, par des observations cliniques réitérées qu'on arrivera à établir si, dans certains cas, l'ostéotomie est supérieure à l'ostéoclasie. Mais il y a des cas où l'une ou l'autre de ces deux opérations se trouve formellement indiquée. C'est donc là une question d'indications.

M. Polaillon : L'ostéoclasie est une opération de choix, quand il s'agit de redresser un *genu valgum* chez l'adulte; mais, je le reconnais, il est des cas où l'ostéotomie devient à son tour l'opération de choix. Il faut donc adopter une opinion moyenne et ne pas être exclusif.

M. Pozzi présente le malade aliéné dont il a fait connaître l'observation dans une précédente séance, et qui s'était fait une *fracture de la rotule*. On sait que M. Pozzi avait fait la suture de la rotule, que celle-ci avait manqué et qu'il restait un écartement considérable. Aujourd'hui il s'est formé un cal fibreux, et ce malade marche très bien.

M. de Saint-Germain présente un ostéotome construit sur ses indications.

M. Verrier communique une observation d'insertion vicieuse d'un placenta bilobé. (Comm. M. Polaillon.)

— La séance est levée à cinq heures et demie.

COURRIER

Nécrologie. — On annonce la mort, à l'âge de 70 ans, du docteur Charles Pellarin, l'un des plus anciens membres de l'école phalanstérienne, beau-frère de Littré.

Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. — Ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1882-1883 :

Médecine. — Première année : prix unique, M. Achalme; mention honorable, M. Grasset. — Deuxième année : premier prix, M. Mouret; second prix, MM. Chopard et Bayle. — Troisième année : premier prix (médaille d'argent donnée par M. Nivet), M. Jaubert; second prix, M. d'Aurelle de Paladines; mention honorable, M. Pardoux.

Pharmacie. — Première année : prix unique (médaille d'argent donnée par M. Nivet). M. Roche. — Deuxième année : prix unique, M. Biarnais.

Prix des travaux pratiques. — MM. Bargy et Grasset, déjà nommés.

Prix Fleury (médaille de vermeil), donné à l'élève qui a recueilli le plus d'observations au lit des malades : MM. d'Aurelle de Paladines et Pardoux, déjà nommés.

Prix Hippolyte Renoux, donné à l'élève qui a présenté des cahiers de cours bien rédigés : MM. Mouret, déjà nommé; Grasset, déjà nommé; Pardoux, déjà nommé, et Chabanet. — Mentions honorables : MM. Jaubert et Achalme, déjà nommés.

Prix de l'administration des hospices accordé aux élèves internes qui se sont le mieux acquittés de leurs fonctions : MM. Béal, de Job et Amblard. — Mentions honorables : MM. Jaubert, d'Aurelle de Paladines et Mouret, déjà nommés.

— M. Tirman, gouverneur de l'Algérie, a été entendu par la commission du conseil général de la Seine, qui s'occupe du projet de colonisation pour les enfants assistés.

M. Tirman et la commission se sont mis d'accord.

En conséquence, la commission proposera au conseil d'accepter les concessions, offertes par l'Etat, des domaines du Kaddara et de Tala Khelifa (province d'Alger), et de En-Noura (province de Constantine), d'une contenance de 1,300 hectares.

Ces domaines seraient attribués, à titre de récompense et par fractions, à ceux des enfants assistés qui se fixeraient comme colons en Algérie.

En outre, le directeur de l'Assistance publique serait autorisé à acquérir immédiatement les domaines de Guebar-Bou-Aoun, Nathalie et Saint-Charles, qui comprennent des bâtiments et dépendances tout agencés, où serait établie une école professionnelle d'agriculture et d'horticulture destinée aux enfants assistés.

— Le choléra qui semblait complètement éteint en Egypte présente en ce moment une nouvelle recrudescence. C'est ainsi qu'on signale, à Alexandrie, pour la journée du 7 de ce mois, sept cas de choléra et un décès.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

BULLETIN

Académie de médecine, 18 décembre. — On aurait peine à le croire dans un pays moins civilisé que la France, mais c'est aujourd'hui que l'Académie de médecine se réunit solennellement pour clore l'année 1882. On voit ressusciter M. Gavarret, président rétrospectif. M. Proust, secrétaire déjà vieux de deux années, paraît en uniforme pour la première fois. M. Béclard, par sa pérennité, nous aide à confondre l'année qui va s'éteindre avec celle qui renaît pour un instant; notre éminent doyen est toujours le même, et par le fauteuil qu'il occupe et par le silence qu'il s'obstine à garder.

On dit cependant que M. Béclard prononcera, au mois de février prochain, l'éloge de Cl. Bernard. Au mois de février, c'est à n'y rien comprendre. L'Académie va faire un grand effort, et le commencement de l'année prochaine, on l'assure, verra la distribution des récompenses pour 1883. Une fois entrée dans cette voie décisive, l'Académie ne s'arrêtera plus ; les commissaires se réuniront, les rapports seront lus et approuvés. On dit qu'en présence de cette activité fiévreuse, il y aura plus d'un mémoire pour chaque prix à décerner ; quelques-uns même auront une relation manifeste avec les sujets proposés. Enfin, une année ne commencera plus sans que l'autre ait fini, et les auteurs récompensés ne mourront plus sans avoir entendu leur nom proclamé devant les sièges vacants d'une centaine d'académiciens.

Mais occupons-nous de la séance d'aujourd'hui. A part la distribution des prix dont la liste sera publiée, elle a tenu tout entière dans le discours de M. Proust. L'habile secrétaire ne s'est pas longtemps arrêté sur l'analyse des travaux soumis au jugement de l'Académie et sur la manière dont les prix ont été mérités. Saluons au passage MM. Landouzy et Ballet, qui ont obtenu le prix Civrieux, bien que leurs idées sur les causes de l'ataxie

FEUILLETON

BIBLIOTHÈQUE DES MERVEILLES.

Librairie Hachette à Paris.

I.

Les Forêts, par E. Lesbazeilles

(43 dessins).

Ce petit volume est tout à fait intéressant. L'influence des forêts sur le climat, sur la vie animale, sur l'esprit de l'homme, y est savamment exposée. Le prodigieux développement que la vie végétale avait pris dans le monde primitif est attesté, en particulier, par les houillères de Saarbruck, qui renferment jusqu'à 120 lits de charbon superposés ; et l'auteur fait admirablement ressortir l'action créatrice, si l'on peut ainsi dire, de cette végétation primitive sur l'habitation future de l'homme. Mais que de régions autrefois prospères sont devenues des déserts stériles par la destruction insensée des forêts ! « Pas d'eau, pas de plantes ; pas de plantes, pas d'animaux ; pas d'animaux, pas d'hommes. » Quand les forêts disparaissent, le sol se dessèche, l'eau est remplacée par le sable ; les cours d'eau sont alternativement des sentiers arides et des torrents dévas-

n'aient rien d'une audace juvénile, et qu'ils n'aient pas accordé grande faveur à ce mal que M. Proust a nommé « lues venerea », sans doute parce qu'il y avait des dames. Saluons aussi l'incorrigible candeur des « gens du monde » fondateurs de prix académiques; remercions M. et Mme Victor Saint-Paul d'avoir demandé un remède souverain contre la diphthérie, et de l'avoir demandé à toutes les nationalités, à toutes les professions, car ils ont fourni à M. Proust un bien amusant passage. M. Leloir, qui obtient un encouragement de 500 francs pour un excellent travail où il n'est pas question du fameux remède, sait-il quels dangers il a courus et quels adversaires lui faisaient concurrence? Un verrier, un aubergiste, un mécanicien fondeur, la femme d'un vétérinaire, celle d'un exécuteur de justice. Plusieurs candidats, au lieu d'envoyer un mémoire, ont informé l'Académie qu'ils avaient la recette infaillible, mais qu'il fallait leur donner le prix d'abord, et qu'ils parleraient ensuite. Un Mecklembourgeois demande une modeste avance de 375 fr. pour venir à Paris exposer sa découverte; un autre pose en principe que la diphthérie a pour antidote la scarlatine, et qu'en provoquant une éruption scarlatineuse par le chauffage du malade, on lui sauve la vie; un troisième propose de le flageller, les cris aigus provoqués par la douleur devant amener l'expulsion des fausses membranes.

Passons maintenant au « pieux devoir » que tout secrétaire doit remplir en une telle solennité. M. Proust a fait en quelques mots très généralement approuvés l'éloge funèbre de Pidoux, si célèbre par les ouvrages de Trousseau; de Davaine, ce savant modeste, ami de la pénombre, qu'on doit placer à côté de Cl. Bernard, sur un piédestal un peu moins élevé; d'Hillairet et de Woillez, qui ont emporté les regrets et l'estime de l'Académie; de Depaul, qui a tant vacciné, tant participé aux travaux de ses collègues; enfin de Cloquet, ce vénéré confrère. En abrégeant ces passages, nous leur ôtons malgré nous ce qu'ils avaient de flatteur pour les savants dont l'Académie conserve la mémoire.

Mais l'orateur a donné tous ses soins à deux portraits : Parrot et Lasègue. Il a bien mis en lumière l'œuvre scientifique du premier, ses travaux sur l'athrepsie, l'allaitement artificiel, l'histoire de la médecine, et en même temps sa physionomie toute personnelle, ses cheveux flottants, son singulier profil, enfin le caractère aimable que lui ont toujours attribué ceux qui l'approchaient, mais dont ne se doutaient guère, il faut l'avouer, ceux qui

---

tateurs, comme l'auteur nous le fait voir en Afrique, en Asie, en Grèce, etc. Notre attention se porte naturellement sur la description des grandes forêts de la Gaule et de l'ancienne France ; on suit avec plaisir les premiers défrichements faits par les moines, qui, par des déboisements opérés dans de certaines limites, ont préparé la France féconde d'aujourd'hui. Mais c'est avec tristesse que l'on constaste l'appauvrissement croissant de nos forêts, et les effets pernicieux qui en résultent soit pour nos cours d'eau et nos cités, soit pour la santé humaine. L'auteur, donnant l'état forestier de la France actuelle, nous apprend qu'elle n'occupe aujourd'hui que le huitième rang parmi les nations européennes, classées d'après le rapport de leur surface boisée à l'étendue totale de leur territoire ! — Le livre de M. Lesbazeilles est riche en détails historiques, archéologiques, relatifs au reboisement des montagues, à l'exploitation des bois, aux produits de la forêt ; etc. L'auteur nous promène dans les forêts vierges de l'Amérique, dans les jungles de l'Inde. La lecture de son livre est instructive comme celle d'une œuvre de science, attrayante comme celle d'une œuvre littéraire.

II.

Les Merveilles du feu, par Emile Bouant, ancien élève de l'Ecole normale supérieure

(97 dessins).

Le livre de M. Bouant n'a pas moins d'intérêt pour nous, car le feu c'est la vie. Il est divisé en cinq chapitres, qui renferment les notions les plus instructives : *Le feu dans l'antiquité, la théorie du feu, l'utilisation de la chaleur du feu, l'utilisation de la*

le regardaient d'un peu loin. Quant à Lasègue, M. Proust en a parlé comme un digne élève parle d'un maître vénéré; il a rappelé cette faculté d'expression qui était sa qualité maîtresse, cet esprit inventif, original, plein d'érudition, qui faisait de lui « un homme complet ». L'origine de son intimité célèbre avec Trousseau, l'influence réciproque de ces deux puissants esprits, racontées par l'orateur en quelques traits heureux, ont provoqué d'unanimes applaudissements.

Cet excellent discours s'est terminé par un salut aux nouveaux académiciens des dernières années, par des félicitations à l'adresse de MM. Charcot et Richet, qui viennent de planter à l'Institut le drapeau de la médecine et de la chirurgie, enfin par une courte invocation à notre génie national appuyée de l'inévitable citation de Lucrèce « ... vitai lampada tradunt », que M. Proust a dite en français, sans doute parce qu'il y avait des dames.

L.-G. R.

De la scarlatine, sa nature et son traitement (1),

Par le docteur Le Diberder.

Obs. III. — Je rapprocherai de ce cas celui d'une jeune fille de 9 ans.

Mlle Yvonne de B..., d'une bonne constitution, est prise de scarlatine le 13 décembre 1882. Il y a quinze jours qu'un frère, plus jeune, a été atteint d'une scarlatine bénigne.

14 décembre. Le début remonte à la veille, 13. Dans l'après-midi, malaise général; légers frissons sans vomissement. Nuit agitée, sans sommeil. La gorge est douloureuse, ainsi que les ganglions sous-maxillaires. La face, le cou et le haut de la poitrine sont le siège de plaques rouges caractéristiques. Le voile du palais est pointillé de rouge; les piliers et les amygdales sont d'un rouge sombre. Point de plaques blanches. Pouls à 120, température, 39°.

Prescription : Sulfate de quinine, 0,60 en deux doses, la dernière à onze heures.

Cinq heures du soir. — Le redoublement s'est prononcé à une heure et demie. L'éruption s'est étendue; les plaques sont d'une teinte plus vive. Pouls à 136. Température, 39°,8.

Potion au chloral et à la morphine.

16 décembre. Le calme s'est fait vers trois heures du matin; un peu de sommeil.

(1) Suite. — Voir le numéro du 18 décembre 1883.

---

lumière du feu, le soleil source de chaleur et de lumière. Histoire, archéologie, physique, chimie, physiologie, etc., tout y est mis à contribution avec tous les détails nécessaires. Beaucoup de lecteurs s'arrêteront principalement au chapitre intitulé: *Ce que c'est que le feu.* Toutes les théories de tous les temps y sont exposées. Mais ce qui est surtout curieux, c'est le fait suivant: En 1738, l'Académie des sciences de Paris mit au concours la question suivante: « *La nature de la chaleur et sa propagation.* » Trois concurrents se présentèrent, le jésuite Lozereau de Fiesc, l'illustre Euler, et... Voltaire! Les deux premiers émirent les propositions les plus vagues et les plus absurdes, ils eurent chacun une partie du prix. Voltaire, qui s'était livré à des expériences intelligentes, produisit des idées théoriques excellentes. « ... Ses idées étaient tellement en avance sur celles du temps qu'elles ne furent pas comprises. Il n'eut qu'une mention honorable... Qu'on essaye de se transporter en arrière à une époque où, comme l'avance Condorcet, la théorie même de Stahl n'avait pas encore pénétré en France, en d'autres termes, où la chimie n'y était pas encore entrée dans sa période phlogistique, et l'on ne pourra s'empêcher d'admirer les résultats obtenus par Voltaire et d'avouer avec lord Brougham que Voltaire, en continuant à s'occuper de physique expérimentale, aurait sans doute inscrit son nom parmi ceux des plus grands inventeurs de son siècle. » Il faut lire cette anecdote toute française ; mais ce petit livre tout entier demande à être lu; cette lecture facile communique ou ravive, sans fatigue, les connaissances les plus utiles et les plus importantes.

Prescription : Sulfate de quinine, 1 gramme en trois doses. Pouls, 120; température, 38.

Cinq heures du soir. Le redoublement a commencé à trois heures et demie; il est très prononcé. Pouls 140, température 40°. L'éruption s'étend et prend une teinte d'un rouge vif prononcé.

16 décembre. Le calme n'est revenu que le matin; la nuit a été plus mauvaise que la précédente.

Prescription : sulfate de quinine dissous au moyen de l'acide tartrique, 1 gr. 50 en quatre doses.

Cinq heures du soir. La journée a été assez calme.

17 décembre. Le redoublement, commencé à neuf heures du soir, a été très violent. Agitation, délire, chaleur excessive. A ma visite, à huit heures et demie, le visage porte l'empreinte d'une grande fatigue; elle se dit mieux et sa mère, qui me rend compte de la nuit, constate une grande amélioration depuis deux heures.

L'éruption est à son comble. La coloration très forte partout, au cou, aux bras; des points isolés de miliaire.

La langue est complètement dépouillée. La gorge, moins douloureuse, est d'un rouge violacé. Pouls 116; température 39°.

Sulfate de quinine en solution, 1 gr. Bouillons.

La potion à la morphine et au chloral n'a produit aucun effet; nous l'avons abandonnée dès la troisième nuit.

Cinq heures du soir. Journée très calme. Le pouls et la température tombent. Pouls 104 ; température 38°.

18 décembre. La nuit a été bonne. Les redoublements ne reparaissent plus.

La desquamation commence le dixième jour; elle se généralise à l'épiderme et se détache par petites plaques.

La convalescence a suivi une marche régulière, sans aucun accident, ni rhumatisme ni anasarque.

Je prescris l'emploi de la quinine jusqu'à la fin de la desquamation en diminuant progressivement les doses.

Chez ces deux malades, bien que placées dans des conditions différentes, la scarlatine s'est manifestée avec les mêmes formes. Les accès ont retardé et ont augmenté d'intensité jusqu'à l'explosion complète de l'éruption. Ils se sont terminés favorablement, malgré la violence des accès. Quand les scarlatineux succombent dans la période aiguë, c'est par ces accès pernicieux,

---

III.

L'Éclairage électrique, par Th. du Moncel, membre de l'Institut

(114 dessins).

C'est une troisième édition, mise au niveau des progrès les plus récents. Je remarque le soin avec lequel l'auteur a donné la définition de tous les termes qui sont employés dans la science de l'électricité et dont il est si important aujourd'hui de connaître la véritable signification, si l'on ne veut s'exposer à des interprétations erronées des faits et à des confusions déplorables. En tête de cet excellent petit volume, on trouve une image charmante représentant un échafaudage élégant, très élevé, au haut duquel est placé un appareil électrique, qui, comme un soleil, éclaire une vaste étendue de terrain, toute une ville. Et dans quel pays a-t-on établi ce soleil artificiel ? Oh ! ce n'est pas à Paris; ce n'est pas même en France ! C'est à San-José, en Californie ! Il est triste d'être obligé d'avouer que la France reste presque toujours en arrière, sur une foule de questions pratiques. « ... L'éclairage électrique est installé dans beaucoup de villes et d'établissements de toutes sortes, publics ou privés. Tout un quartier de New-York est ainsi éclairé, et tous les jours le nombre des abonnés à ce genre d'éclairage augmente ; la cité de Londres, la ville de Barcelone en Espagne, les villes de Milan, d'Amsterdam, de Berlin, etc., présentent dans leurs rues des éclairages électriques splendides... Nous ne pouvons guère juger en France de ce mouvement, car bien que nous ayons été les premiers à le provoquer en exhibant en 1878 le premier éclairage électrique d'un longue rue et de places publiques importantes, nous sommes

et le sulfate de quinine peut prévenir cette terminaison fale; cette interprétation n'est indiquée dans aucun traité. Cependant, dans son article *Scarlatine*, M. le docteur Picot s'exprime ainsi : « En même temps que l'eau froide, on emploiera dans les cas malins avec hyperthermie le sulfate de quinine à doses élevées ou le salicylate de soude. »

M. Picot n'ajoute aucun détail. Il ne motive sur aucun signe l'emploi de la quinine. Et d'ailleurs il s'étend longuement sur l'application de l'eau froide.

Pour rendre plus évidente la terminaison fatale par les accès pernicieux, je résumerai en peu de mots l'observation que j'ai conservée du cas d'une jeune fille de 14 ans qui mourut à l'hôpital des Enfants, rue de Sèvres, en 1836, où j'étais interne.

Malgré toutes mes observations, je fus contraint d'admettre, dans le service de chirurgie, une jeune fille de 14 ans, forte, bien constituée, atteinte d'un ulcère persistant de la jambe gauche. Je ne fus pas longtemps à me repentir de ma concession. Quatre jours après son entrée, elle était prise de scarlatine. Le gorge se prit avec tous ses caractères de rouge pointillé, angine pultacée limitée aux amygdales. La peau se colora rapidement et franchement.

Le quatrième jour, la fièvre était excessive ainsi que la chaleur, la respiration devint courte, rapide, la face se cyanosa et elle succomba le matin du cinquième jour. Nous étions encore à cette époque un peu dominés par les doctrines de Broussais; aussi, avant de procéder à l'autopsie, j'étais persuadé que j'allais trouver les muqueuses du tube digestif chargées d'un exanthème des plus prononcés. Je procédai donc avec une grande attention. La gorge était violacée; les amygdales, un peu saillantes, avaient conservé leur enduit pultacé.

L'œsophage avait sa teinte normale. La muqueuse stomacale était absolument saine. J'en détachai des lambeaux dans toutes les régions. Tout l'intestin était sain. Les plaques de Peyer et les follicules isolés étaient nettement dessinés, mais sans altération. Devant cette absence de lésion, je me demandai la cause de cette mort.

C'est ce cas qui m'a poussé à étudier avec soin toutes les phases de la scarlatine. Aussi, aujourd'hui, l'explication me paraît facile. C'est le dernier accès qui a été fatal, c'est un véritable accès pernicieux de la scarlatine.

---

restés stationnaires et même avons accepté le rôle de retardataires en abandonnant les éclairages publics qui avaient fait l'admiration de tous les étrangers... » — Des intérêts puissants protègent l'éclairage au gaz !!! — La belle et utile publication de M. Du Moncel se composera de deux volumes : le premier, que nous avons sous les yeux, est consacré aux *générateurs électriques ;* le second nous donnera les *lampes électriques* et leur mode d'emploi. La science de l'électricité est à l'ordre du jour ; mais elle n'est pas seulement la science du présent, elle est bien plus encore la science de l'avenir ; il importe d'en répandre et d'en vulgariser les notions, et le livre de M. Du Moncel est tout à fait propre à guider vers ce but éminemment utile.

IV.

Histoire d'un pont, par Félix Narjoux

(80 dessins).

Peut-on concevoir un pays civilisé sans cours d'eau et sans ponts ? La France possède un grand nombre de bons et beaux ponts. Mais comment l'homme en est-il arrivé là ? C'est ce que M. Narjoux nous apprend en nous décrivant successivement les *ponts anciens*, les *ponts moyen âge*, les *ponts modernes*. « Les ponts ont pour but de supprimer les obstacles que les rivières et les ravins opposent à la circulation. Leur origine est donc aussi ancienne que celle de ces obstacles.... Il y a loin des ponts en câbles ou en lianes des peuplades primitives à nos grands ponts modernes, et c'est une étude instructive que de suivre, pas à pas, les progrès du génie humain, depuis l'époque où ces moyens naïfs étaient en usage, jusqu'à celle où s'élevèrent les ponts superbes qui font l'ornement de

Je me borne à ces observations sur la période aiguë. J'arrive aux accidents consécutifs. (*A suivre.*)

Lettres de Belgique.

La direction de l'*Union Médicale* ayant formé le projet de mettre ses lecteurs au courant du mouvement médical dans les divers pays, nous nous empressons de la seconder en ce qui concerne la Belgique. Nous ferons, dans cette vue, le dépouillement des communications de quelque valeur, émanant d'auteurs sérieux, discussions, etc., ayant eu pour théâtre les Sociétés savantes, assez nombreuses dans le pays.

L'*Académie royale de médecine* y figurant en première ligne, c'est par elle que nous commencerons. Nous le ferons d'autant plus volontiers, qu'obéissant à des susceptibilités, pour nous exagérées, cette Compagnie semble, à l'instar des femmes honnêtes, avoir fait le possible pour qu'on ne parlât point d'elle. Encore qu'elle publie un Bulletin mensuel circonstancié, encore que son Bureau fasse parvenir scrupuleusement à ses correspondants, à ses membres honoraires étrangers et à beaucoup de grands journaux, les procès-verbaux analytiques de ses séances, aucune publication étrangère ne les a reproduits et le silence a persisté à se faire sur ses travaux.

Cette situation, selon toute vraisemblance, va se corriger. Une publication se prépare dans le but de publier, à mesure de leur apparition, les procès-verbaux des Sociétés savantes de toutes les parties du monde. Ce sera, incontestablement, une œuvre utile, dont nous saluons avec sympathie l'avènement prochain.

Les correspondances de l'*Union Médicale* ne feront pas double emploi avec elle. Tandis que celle-ci se bornera à la reproduction sèche, — sans être pour cela moins utile, — de documents déjà imprimés ailleurs, celle-là jettera un coup d'œil d'ensemble sur les occupations et les préoccupations du monde médical dans les divers pays. C'est du moins ainsi que nous l'avons entendu, et c'est sous l'empire de cette idée que nous écrivons ce premier article.

I. *Académie royale de médecine de Belgique.* — Son existence remonte à l'année 1843 ; elle comptait, à sa création, 36 membres titulaires, un certain nombre de membres adjoints, qui ont peu à peu disparu, 36 correspondants nationaux et des correspondants et membres honoraires étrangers. Aujourd'hui, cette situation a un peu changé, à la suite de circonstances qu'il sera assez piquant de rappeler ; j'allais dire « dévoiler », mais je me retiens.

Les partis en Belgique, tout le monde le sait, sont franchement divisés ; il y a les catholiques et les libéraux. Les académiciens, qui, tout immortels qu'ils soient, n'en sont

---

nos villes et qui, sans difficultés, franchissent sûrement les grands obstacles. » M. Narjoux, l'auteur de nombreux ouvrages estimés sur l'architecture, le collaborateur de Viollet-le-Duc, nous conduit dans cette étude progressive et si digne d'intérêt, par le récit raisonné des essais, des tentatives, des perfectionnements, des résultats de l'application des enseignements de la science à la pratique, par l'histoire des ponts de bois, des ponts de pierre, des ponts de fer, des ponts de bateaux ; etc., etc.

Pour M. Narjoux « l'histoire d'une œuvre, quelle qu'elle soit, ne peut se restreindre à celle de l'œuvre elle-même, elle serait incomplète et peu intelligible, si elle n'embrassait, en même temps, les causes qui ont déterminé sa conception, et les circonstances qui ont précédé, accompagné ou suivi son exécution. L'histoire d'un pont est, en même temps, celle de la ville et celle du pays où il est placé. C'est l'histoire de la civilisation, des perfectionnements, des besoins moraux et matériels qu'il était appelé à satisfaire. C'est l'expression des moyens, des procédés industriels dont disposaient ceux qui l'ont projeté et exécuté. »

Par cette manière large et savante dont il a envisagé et exécuté son sujet, l'auteur a su donner à son livre non seulement la physionomie technique la plus complète, mais encore une teinte historique qui en double l'intérêt. De là, l'épisode de Naryx, le chef de la tribu détachée des Burgondes et installée sur les bords de la Vaatz, celui du pont de Cita-Marga, celui du baron Gauchard et de l'aubergiste Talvas, avec les détails de la construction du pont de Chavayonne bâti par les frères pontifes ayant à leur tête saint Benezet et coupé plus tard par Louis XI..... etc. Le livre de M. Narjoux est consacré en grande partie à l'histoire du pont de Chavayonne ; mais il offre un intérêt général qui en soutient la lecture. G. R.

pas moins des hommes, n'échappent pas à la loi commune ; eux aussi — si inouï que cela paraisse — sont libéraux et catholiques. Longtemps la lutte fut sourde, restreinte dans les limites prescrites par la pudeur; un moment vint, cependant, où une majorité s'y dessina — dans quel sens, peu importe — et où le recrutement s'en ressentit. Il fallut aviser, et comme, au demeurant, l'intérêt de parti devait le céder à l'intérêt académique, un accord survint pour faire disparaître la suprématie d'un clan sur l'autre. Un compromis eut lieu, qui fut scrupuleusement tenu. A la faveur d'une modification des statuts (en 1880?) le nombre des membres titulaires et celui des correspondants fut élevé de 36 à 40, ce qui permit de rappeler quelques notabilités, indûment tenues à l'écart, et dont l'introduction, due à un vote presque unanime, et qui, pour plus d'un, tenait de l'acte de contrition, rétablit l'équilibre.

Mais ce n'était pas tout, il fallait trouver le moyen d'empêcher qu'il se détruisît bientôt de nouveau. On s'avisa alors d'un expédient, qui, ajournant les solutions critiques, sans les dénouer, devait cependant rendre odieuses, si elles étaient appelées à se reproduire jamais, les élections basées sur d'autres considérations que les titres scientifiques : les nouveaux statuts établissent en principe qne nulle élection n'est désormais valable, qu'à la condition que le candidat réunisse les voix des *deux tiers* au moins du nombre total *des membres titulaires existants*, soit 27 voix au moins, quand l'Académie possède ses 40 membres. De cette façon, le concours des deux moitiés adverses est indispensable à toute élection. Et si ce concours fait défaut? Ah! voici ce qui nous a fait dire qu'il n'y avait là qu'un expédient : si, après deux épreuves successives, à un mois de distance, le candidat n'a pas réuni les deux tiers des voix, à une troisième, encore distante d'un mois de la précédente, il lui suffit de réunir la majorité relative des membres présents, à la seule condition que les deux tiers des membres participent au scrutin.

Ceux qui se disent minorité n'ont donc, dans les dispositions de la charte nouvelle, qu'un billet n'ayant guère plus de valeur que celui de La Châtre. Disons cependant, à la décharge de l'Académie, que jusqu'ici aucune élection n'a dû être soumise à un troisième vote.

L'Académie de médecine de Belgique compte aujourd'hui 38 membres titulaires, qui sont :

Première section. — Sciences anatomiques et physiologiques; physique et chimie médicales : MM. Crocq, Gluge, Rommelaere, R. Boddaert, Masoin, Masius, Van Bambeke (1).

Deuxième section. — Médecine humaine : MM. Craninx, Lequime, Warlomont, Lefebvre, Pigeolet, Bribosia, Cousot, Willems, Hambursin.

Troisième section. — Chirurgie; obstétrique : MM. Michaux, Mascart, Hairion, Soupart, Thiry, Deroubaix, Borlée, Gallez, Deneffe, Wasseige (2).

Quatrième section. — Hygiène; médecine légale; police de la médecine : Bellefroid, Kuborn, Barella, Janssens, Desguins.

Cinquième section. — Pharmacie : Chandelon, Depaire, Gille (N.), Van Bastelaer.

Sixième section. — Degive, Wehenkel, Hugues.

Aux personnes qui trouveraient oiseuse la publication de cette liste, nous dirons qu'elle est notre registre héraldique. Il y a quelques semaines, un collègue de France, aussi haut placé dans la science médicale que dans la politique, nous écrivit : « Vous avez parmi les membres de votre Académie un triste personnage, qui vient, dans une circonstance récente, de témoigner d'une grande bassesse de sentiments. » Notre collègue français cherchera en vain, dans la liste ci-dessus, le nom de ce personnage. Il y a eu usurpation de titre. La publication de cette liste empêchera que de semblables erreurs, fort regrettables, se reproduisent à l'avenir.

L'Académie se réunit le dernier samedi de chaque mois, à midi, au Palais des Académies, à Bruxelles. Elle s'est occupée notamment, cette année, des objets ci-après :

1. *Des émissions sanguines dans le traitement des maladies aiguës*, par M. Philippart (de Tournai). — L'auteur proteste avec énergie contre l'abandon presque complet dans lequel est tombée la saignée, et se félicite du retour à de plus saines appréciations, qu'il trouve dans quelques auteurs modernes. (Voy. *Bull. de l'Acad.*, 1883, n° 1. Rapp. de M. Cousot, p. 33-39. Mémoire, p. 128-156.)

2. *Ablation d'une tumeur vasculaire: compresseur hémostatique,* par M. Hyernaux. — Il s'agit d'une tache sanguine, chez un nouveau-né, située au cou, derrière l'apophyse mastoïde et un peu au-dessous, de la dimension d'une lentille, ne faisant aucune saillie, et qui, trois mois après, avait atteint le volume d'un œuf de pigeon. La cautérisation à l'aide du thermo-cautère fut pratiquée sans résultat et l'excision, d'abord préconisée,

(1) M. Thiernesse, mort et non encore remplacé, appartenait à cette section.
(2) M. Willième, mort et non encore remplacé, appartenait à cette section.

repoussée par la crainte de l'hémorrhagie; on y revint toutefois, et avec succès, après qu'on eut songé à étrangler la base de ladite tumeur dans une pince à branches parallèles se rapprochant au moyen de deux vis à écrou. (Voy. *Bull.*, *id.*, p. 79-86, *fig.*)

3. *Rapport du jury chargé de décerner le prix quinquennal des sciences médicales pour la période* 1876-1880. — Ce prix, de 5,000 francs, est attribué quinquennalement au *meilleur ouvrage* traitant des sciences médicales, publié en Belgique dans la période écoulée. Il est indivisible et conféré par un jury composé de 7 membres choisis, par le gouvernement, sur une liste double présentée par l'Académie. Le jury cette année, après avoir écarté la plupart des cent Traités ou Mémoires qu'il avait à apprécier, s'arrêta aux trois auteurs ci-après : 1° Ed. De Smeth : *Des rétrécissements du canal de l'urèthre* (vol. in-8°, 556 pages, couronné par l'Académie de médecine; Bruxelles, Manceaux); 2° Léon Frédéricq : l'ensemble de ses travaux sur le sang, en visant d'une manière spéciale l'ouvrage intitulé : *Recherches sur la constitution du plasma sanguin* (1); 3° Paul Heger : l'ensemble de ses travaux, parmi lesquels l'*Etude critique et expérimentale sur l'émigration des globules du sang, envisagée dans ses rapports avec l'inflammation* (1878) (2), a surtout fixé l'attention du jury. Celui-ci, après d'interminables discussions, méconnaissant comme à plaisir, pour n'être point parvenu à s'entendre, le principe de l'indivisibilité, si clairement établi pourtant par l'arrêté constitutif du prix quinquennal, commit l'inqualifiable distraction de proposer au gouvernement de partager le prix entre les trois auteurs ci-dessus dénommés. La décision du ministre de l'intérieur ne fit pas un pli : il aurait pu renvoyer son inacceptable rapport au jury qui venait de le commettre, et mettre celui-ci en chapelle, sans boire ni manger, jusqu'à ce qu'il fût revenu à la raison. Il préféra décider incontinent que le prix ne serait pas décerné, et que la somme de 5,000 francs ferait retour au Trésor. Ainsi, c'est parce qu'il y avait exubérance de travaux *méritant le prix*, que celui-ci n'a pas été décerné. Est-ce assez bizarre?

Une chose frappe dans cette étrange attitude du jury, en dehors de la question d'indivisibilité : le prix revient au *meilleur ouvrage*, et l'on va chercher les lauréats parmi des auteurs ayant éparpillé des idées nouvelles, révélé des découvertes importantes, nous le voulons bien, dans des brochures multiples, parmi lesquelles on en choisit une pour servir de pavillon à la marchandise. Mais ce n'est pas ça du tout ; ce n'est pas une découverte, si intéressante fût-elle, qu'il s'agit de récompenser, c'est la publication d'ouvrages propres à enrichir la littérature médicale nationale. Cela ne saurait être douteux pour personne.

Un exemple : M. Van Ruysselberghe vient d'inventer le moyen d'utiliser les fils télégraphiques existants, sans les détourner un instant de leur destination réelle, au profit de la téléphonie, et sa découverte a été publiée par les journaux. Sera-t-il permis à l'inventeur d'envoyer au jury du prix quinquennal pour les sciences physiques une page découpée du *Bien public* ou de l'*Indépendance belge*, devenue ainsi le *meilleur ouvrage* ayant paru, durant la période voulue, dans le domaine des sciences physiques ? Allons donc !

4. *De l'excision du goître parenchymateux*, par P. Liebrecht. (*Bull.* n° 3, p. 357-414, et n° 3, p. 415-620.) — Les idées de l'auteur, favorables à l'opération de l'excision, soit partielle, soit totale, ont fait l'objet de longs débats (voy. *Bull.* n° 2, p. 221-252) où elles ont été fortement combattues.

Dans le cours de la discussion, M. Debaisieux (voy. *Bull.*, n° 8, p. 982-985) a rappelé le traitement du goître préconisé par le docteur Bauwens, d'Alost, par les injections d'ergotine. En 1881, ce praticien a guéri, par ce procédé, un goître volumineux datant de huit ans : quatre injections suffirent. La solution recommandée est la suivante : ergotine d'Yvon, 5 grammes ; eau et glycérine, de chacune 7 grammes. On injecte de cette solution le contenu d'une ou deux seringues de Pravaz, c'est-à-dire un ou deux grammes. On peut, si le goître résiste, porter à quatre le nombre des injections, en une seule séance. M. Debaisieux a également réussi sur une malade du service de M. le professeur Michaux, à Louvain. Depuis deux ans que cette médication est à l'essai, M. Bauwens a réuni huit cas de goître ainsi traités, dont cinq lui sont personnels. Tous ces cas, sans aucune exception, ont été *radicalement guéris*, sans qu'aucun accident soit jamais venu entraver la marche régulière du traitement.

(1) Autres publications du même auteur dans le même domaine : *Recherches sur les substances albuminoïdes du sérum sanguin.* — *Note sur une propriété optique du sang des mammifères.* — *Sur l'organisation et la physiologie du poulpe*, 1878.

(2) Autres publications du même auteur : *Notice sur l'absorption des alcalis dans le foie, les poumons et les muscles* (1877). — *Recherches sur la circulation du sang dans les poumons* (1880).

A ce même sujet se rapporte une communication de M. Higuet : *Sur trois cas de thyroïdectomie.* (*Bull.*, n° 9, p. 1029-1054.)

5. *Note sur le traitement de la pseudarthrose du tibia,* par Guermonprez (de Lille). — L'auteur préconise l'application de deux attelles de bois de saule ou de tilleul, chantournées de manière à se mouler sur le membre et à permettre au malade de marcher. Ce traitement, appliqué, après plusieurs autres restés inutiles, au cas dont il donne la description, aurait été suivi des meilleurs effets. (Voy. *Bull.*, n° 5, p. 696-708.)

6. *Coup d'œil sur le vésicatoire et la saignée,* par Deffernez. — L'auteur cherche à démontrer l'opportunité du vésicatoire et sa supériorité sur la saignée et les émissions sanguines, en cas de pneumonie particulièrement. (Voy. *Bull.*, *id.*, p. 709-727.)

7. A. *Y a-t-il lieu de consacrer expressément le droit, pour les femmes, d'exercer la médecine ou la pharmacie?*

B. *Ne conviendrait-il pas d'entourer d'une garantie plus satisfaisante que celle établie par la loi du 20 mai 1876 le stage officinal des élèves en pharmacie?*

C. *Ne serait-il pas opportun d'introduire dans la loi précitée une disposition indiquant les conditions spéciales dans lesquelles des docteurs en médecine pourraient dorénavant délivrer des médicaments à leurs malades? La Compagnie devrait, le cas échéant, indiquer la formule qu'il y aurait lieu d'adopter.*

Ces trois questions, posées par le gouvernement, ont reçu respectivement les solutions ci-après :

A. Aucun obstacle légal ne s'oppose à ce que, en Belgique, les femmes se livrent à la pratique médicale. Les femmes doivent être en tout soumises aux mêmes épreuves que les hommes. En conséquence, la loi n'a pas à consacrer expressément, pour les femmes, le droit d'exercer la médecine ou la pharmacie.

B. A l'avenir, il ne suffira plus de fournir la preuve de la fréquentation d'une officine pendant deux années et avant l'examen du pharmacien. Le stage se fera désormais après l'obtention du grade de pharmacien, il aura la durée d'un an au moins, et sera suivi d'un examen de stage. Jusque-là, la possession dudit grade ne donnera pas droit à ouvrir une officine. L'examen de stage sera reçu par les commissions médicales provinciales.

C. Aucune branche de l'art de guérir ne peut être exercée cumulativement avec la pharmacie.

Toutefois, dans les localités où le chiffre, l'agglomération et les ressources générales de la population ne permettent pas la coexistence du médecin et du pharmacien, la députation permanente peut, sur l'avis conforme de la commission médicale provinciale, autoriser les médecins et les chirurgiens à fournir des médicaments à leurs malades. Le gouvernement, sur l'avis des commissions susdites, publiera une liste, soumise à revision tous les trois ans, des localités où cette autorisation cessera d'être accordée dès qu'un pharmacien y sera établi.

8. *L'ophthalmie granuleuse et le jequirity,* par Deneffe. — Ce travail n'est pas favorable au moyen nouveau. M. Warlomont croit prématurées les conclusions de l'auteur : « La « question du jequirity, dit-il, est à l'étude; c'est une des plus importantes qui se soient « jamais produites en ophthalmologie, et il importe de la traiter avec infiniment de « recueillement et de prudence, afin de ne pas jeter, sur une méthode qui ne fait que « d'éclore, des préventions précipitées et peut-être injustes. » (Voyez *Bulletin.*, n° 3, p. 259-267.)

9. *Etude expérimentale sur la possibilité d'utiliser, à l'état frais, l'énorme quantité de viande d'outre-mer pour l'alimentation de l'Europe,* par Closset. — Le procédé recommandé par l'auteur consiste à maintenir, au sein d'une atmosphère aseptique, désoxygénée, contenue dans un réservoir hermétiquement clos, la viande préalablement plongée dans une solution de bisulfite de soude à 8/100. L'atmosphère aseptique est formée par une certaine quantité d'air modifié par son passage à travers une série de tubes en verre surchauffés, renfermant, les uns, du charbon de bois grossièrement concassé, les autres un mélange de charbon de bois et de soufre. Le procédé a été expérimenté à l'Ecole de médecine vétérinaire de l'Etat, en présence d'une commission, laquelle, après avoir assisté à la préparation de cinq boîtes en fer blanc, contenant de volumineux morceaux de viande fraîche de bœuf, de veau, de mouton et de porc, a constaté, après un délai de trente-deux jours, que ces diverses pièces de viandes n'avaient rien perdu de leur aspect ni de leurs qualités organoleptiques (Voy. *Bull.*, n° 3, p. 273-276 et 345-356).

10. *La contagiosité du tubercule et ses conséquences cliniques*, par WARLOMONT. (A paru dans l'*Union Médicale*, sept. 1883.)

11. *Communication relative à l'inoculation préventive de la pleuro-pneumonie contagieuse par injection intra-veineuse*, par DEGIVE. — L'auteur tire d'expériences récentes la confirmation des conclusions d'un précédent travail fait en collaboration avec feu le professeur Thiernesse (1882), à savoir :

1° Que l'injection intra-veineuse du virus de la pleuro-pneumonie, à la dose de deux grammes, investit l'organisme d'une immunité réelle contre une nouvelle atteinte de ladite maladie;

2° Que cette immunité peut parfaitement être acquise, sans qu'il soit nécessaire que l'injection se traduise par les symptômes et les lésions qui caractérisent la maladie, naturelle ou spontanée.

Dr WARLOMONT.

JOURNAL DES JOURNAUX

Du traitement antiseptique de la phthisie pulmonaire, par M. KAZOUSKY. — Le traitement antiseptique de la phthisie a une importance majeure d'après l'auteur. Il consiste à transformer la chambre du malade en chambre de désinfection, en saturant l'atmosphère par un mélange d'une partie de benzine et de quatre parties de térébenthine, ou bien par la pulvérisation d'une solution alcoolique d'essence d'eucalyptus. Les onctions soufrées seraient avantageuses contre les sueurs nocturnes et l'expectoration. Enfin, il préfère, comme le docteur Soundby, l'emploi du chloral et de la jusquiame aux préparations opiacées et à la morphine. (*Vracheb Vedomosty*, 1882, n° 531, et *The L. med. Record,* 15 juin 1883, p. 237.) — C. E.

Rashs anormaux, par WHIPHAM. — Le 21 avril 1883, Whipham signalait à la Société clinique de Londres deux cas de fièvre typhoïde qui avaient été précédés de rash scarlatiniforme. A l'autopsie, on constata les lésions anatomiques de la dothiénentérie.

Dans la discussion qui suivit cette communication, Mahomed fit remarquer qu'il s'agissait vraisemblablement d'une éruption de roséole typhoïdique. En effet, dans cette maladie, ces rashs ont la forme tantôt de roséole, de taches rosées, de taches bleuâtres ou de miliaire. Le docteur Cavefy fait observer que l'absence de desquamation ne suffit pas pour conclure que l'éruption n'est pas scarlatineuse, car il a observé la chute de squames épidermiques dans des fièvres à la suite du traitement par le salicylate de soude.

En tout cas, il n'est pas facile de distinguer cliniquement ces exanthèmes ; qu'ils soient roséoliques ou érythémateux, ils sont d'origine réflexe. (*The Lancet*, 21 avril 1883, et *The New-Yorck med. Journ.*, 30 juin 1883, p. 726). — L. D.

M. le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ a présenté à l'Académie de médecine, le 12 décembre 1883, un nouveau pessaire ou support utérin inventé par le docteur Paul Landowski et fabriqué par M. Mathieu.

Ce pessaire, représentant presque la forme d'une clé à double panneton, se compose d'un anneau ouvert destiné à entourer le col, et d'un T dont la branche transversale vient prendre un point d'appui derrière la symphyse pubienne.

En étudiant la question des supports utérins, on arrive à la conviction que presque chaque cas de déplacement a besoin d'une courbure spéciale suivant la conformation de la malade, courbure que le médecin, avec un peu d'habitude, donne en quelques minutes à ce nouveau pessaire fait en étain, en l'appropriant au type de déplacement (antéversion, rétroversion, rétroflexion, latéroversion).

Rien de plus facile que de donner à l'anneau, en l'ouvrant plus ou moins, les dimensions du col qui doit y être logé. On donne ensuite à l'angle obtus, que l'anneau doit former avec la tige, l'écartement nécessaire pour que le segment supérieur de l'anneau relève le corps de l'utérus à travers le cul-de-sac correspondant, pendant que le segment inférieur de cet anneau presse sur le col en sens inverse; de cette manière, il se produit un mouvement de bascule qui aide l'organe à se replacer dans sa position normale. On donne à la tige la courbure nécessaire pour que son extrémité transversale (extrémité pubienne) puisse s'appuyer et loger dans sa concavité (préalablement appro-

priée ou modifiée par le médecin) le bourrelet charnu qui tapisse la symphyse et dont les dimensions varient suivant les sujets.

Après s'être rendu bien compte que ce pessaire malléable est bien adapté et de bonne dimension, on le fait reproduire en aluminium, qui est un métal inoxydable par les tissus, léger et solide.

M. le docteur Landowski a employé son pessaire dans un assez grand nombre de cas, et lui a reconnu les avantages suivants :

1° Maniement facile : la malade peut, après une seule démonstration, se l'appliquer et le retirer elle-même.

2° Le pessaire placé assez haut, le col de l'utérus bien fixé dans l'anneau, l'extrémité de la tige se trouve, par la pesanteur même de l'organe, poussée naturellement contre la symphyse. On pourrait presque dire que le déplacement, au lieu d'être un obstacle, aide au contraire à fixer l'instrument.

3° L'extrémité pubienne de l'instrument ne froisse pas l'urèthre et ne provoque pas les envies d'uriner.

4° La malade ne sent pas l'instrument une fois bien placé.

M. le docteur Landowski a fait faire par M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, deux modèles qui souvent, dans les cas non compliqués, pourront être appliqués tels quels.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 7 au 13 décembre 1883. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1065. — Fièvre typhoïde, 23. — Variole, 1. — Rougeole, 7. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 54. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 42. — Phthisie pulmonaire, 201. — Autres tuberculoses, 12. — Autres affections générales, 64. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 72. — Bronchites aiguës, 45. — Pneumonie, 70. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 42; au sein et mixte, 29; — inconnues, 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 102; circulatoire, 73; respiratoire, 83; digestif, 50; génito-urinaire, 23; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulat. et muscles, 5. — Morts violentes, 29. — Causes non classées, 5.

Résumé de la 50e semaine. — Le service de la statistique municipale a reçu notification de 1,065 décès (au lieu de 1,025 pendant la semaine dernière). La mortalité parisienne continue donc à augmenter, mais avec lenteur.

La comparaison des chiffres des deux dernières semaines montre que toutes les maladies épidémiques restent stationnaires ou diminuent, à l'exception de la seule Diphthérie.

La Fièvre typhoïde (23 décès au lieu de 34), est descendue cette semaine au chiffre le plus faible que nous ayons observé cette année.

On remarque encore une notable atténuation de la Rougeole (7 décès au lieu de 18) l'état à peu près stationnaire de la Variole (1 décès au lieu de 2) et de la Coqueluche (11 décès au lieu de 8); enfin un accroissement peu important pour la Scarlatine (5 décès au lieu de 1) et pour l'Erysipèle (7 décès au lieu de 2).

La Diphthérie a causé 54 décès au lieu de 50. Cette maladie dont nous remarquons depuis plusieurs semaines l'augmentation progressive, est surtout répandue dans le quartier *Sainte-Marguerite* qui compte, à lui seul, 6 décès; de plus, 5 nouveaux cas de maladie nous ont été signalés par les médecins de ce quartier. Quoique la fréquence de la Diphthérie mérite d'attirer l'attention, le nombre des malades admis dans les hôpitaux pour cette cause tend à diminuer quelque peu.

La Débilité sénile continue à frapper un certain nombre de vieillards dont les derniers froids ont ruiné la santé fragile.

La Pneumonie (45 décès au lieu de 47), et la Bronchite aiguë (70 décès au lieu de 63) et enfin l'Athrepsie (73 décès au lieu de 68), restent à peu près à l'état stationnaire.

Le service de statistique a reçu notification de 393 mariages et de 1,237 naissances (635 garçons et 602 filles), dont 898 légitimes et 339 illégitimes. Parmi ces dernières, 67 ont été reconnues immédiatement par un des parents au moins.

Dr Jacques Bertillon,

Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

Concours de l'externat. — Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris vient de se terminer; les candidats admis ont été classés dans l'ordre suivant :

1. Rollin, Lyon, Wassilieff, Bouel, Clare Saint-Alais, Sarraute (Mme), Thomas, Albarran, Chevalier, Alexandre, Canniot, Prioleau, Engelbach, Iscovescou, Regnauld, Courbet, Ardouin, Jeannote, Araujo, Perrin de la Touche, Bruhl, Champeil, Delbet, Graverry, Jacquet, Janet, Legrand (Charles), Villar, Lens, Pichevin, Isch-Wall, Sollier, Decamps, Klippel, Témoin, Thiroloix, Frankoual, Pfender, Lepage, Degail.

41. Courtade, Aurière, Martin de Gimard, Morel (Charles), Pinel-Maisonneuve, Legrand (Jean), Macaigne, Salmeron, Mullot, Potocki, Demelin, Camescasse, Faure, Cuvillier, de La Valle, Duchon-Doris, Philippe, Secheyron, Thibault, Dupré, Estrade, Couder, Vivant, Arnaud (Gustave), Piole, Martin du Magny, Courtray de Pradel, Monnet, Parelle, Léonard, Thiéry, Thouvenet, Dutard, Passant, Létienne, Aldibert, Charier, Springer, Filibilin, Chibrac.

81. Carlet, Broussain, Benoît, Chauveau (Georges), Delahaye, Moreau (Elie), Mathieu dit Dubois (Mlle), Maurel, Maison, Pognon, Defrance, Casanova, Persillard, Vauthrin, Loppé, Hervé, Chrétien, Menne, Huet, Laffite, Bureau (Emile), Laurent (Emile), Renault, Potier, Legueu, Robelin, Foucher, Rouffinet, Blond, Bellanger, Baudoin, Balme, Arnaud (Gustave), Oustaniol, Gordon-Martins, Pailhas, Valdivieso, Morquecho, Delaunay, Projas, Lasnier.

121. Barthomeuf, De Burine, Duval, Geoffroy, Wirbel, Poivet, Laurent (Paul), Genesteix, Blin, Gaignard, Dieudonné, Fourrier, Hyvernaud, Béal, Cousin, Gaudichier, Gauly, Gauvry, Planes, Ménard, Lavergne (Jean-Louis), Chopin (Mlle), Cullère, Marx, Lelièvre, Leroy de Langevinière, Baroux, Dudley-Tait, Soudée, Boucher, Frétin, Deschamps, Florentin, Cahn, Le Noir, Fauvel (Henri), Piot, Hitier, Foubert, Morau (Marie).

161. Favardin, Bérard, Moreau (Paul), Maron, Lavergne (Jean), Dufour, de la Nièce, Banvillet, Evrain, Gilbert, Loriot, Cabaret, Maufrais, Hervot, Fournier, Basset, Mordret, Mélik, Bouffe, Copin, Dufestel, Poulalion, Souza-Leste, Chevallier, Coutenot, Allix, Dagron, Bouchinet, Froger, Toussaint, Viard, Apard, Robineau, Lacoste, Gourret, Masson, Fortuniades, Garnier, Lamiot, Dufournier.

201. Papon, Abrial, Sarran, Rességuet, Gaillard, Fargin, Allot, Bureau (Maurice), Dudefoy, Lauzit, Fournier (Frédéric), Lefèvre (Armand), Delgado, Cohin, Fauvelle (Charles), Mary, Chauveau (Eugène), Riéder, Cayet, Bouton, Mauclaire, Potel, Bégusseau, Leriche, Thirion, Bruant, Reilhac, Tournier, Aubry, Denis, Nozo, Richard, Lecomte (Paul), Bonnet, Bes son de Saint-Quentin, Defaucamberge, Leconte (Marie), Bègue, Marchou.

241. Mercier, Zipfel, Daguillon, Labat de Lambert, Encausse, Dupont, Leca, Morisse, Ritzo, Mangin, Lasne, Hellot, Callet, Pessez.

Inspectorat des eaux minérales. — La Commission extra-parlementaire nommée pour examiner cette question, depuis si longtemps à l'étude, vient de décider, à une faible majorité, que le titre de médecin inspecteur des eaux minérales devait être supprimé.

— MM. les médecins du XIVe arrondissement de Paris sont informés que, le vendredi 28 décembre 1883, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile. — Le scrutin, ouvert à midi, sera fermé à quatre heures.

— Par arrêté préfectoral, en date du 4 décembre 1883, sont nommés membres de la commission chargée d'examiner le projet de séparation de l'Assistance publique et du Mont-de-Piété de Paris : MM. les docteurs Loiseau, Réty, le docteur Royer, en remplacement de MM. le docteur Thulié, Sigismond Lacroix et le docteur Bourneville, démissionnaires. — M. Goupy, membre des conseils de surveillance de l'Assistance publique et du Mont-de-Piété, est nommé membre de ladite commission.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Rhumatisme et pseudo-rhumatismes.

Où commence, où finit le rhumatisme? Cette question depuis longtemps posée a reçu bien des solutions diverses, selon les doctrines médicales régnantes et selon la tendance d'esprit de chaque observateur; elle est loin pourtant d'être définitivement éclaircie. L'époque contemporaine a même vu s'accroître les difficultés, car insensiblement on s'est mis à trouver le rhumatisme un peu partout, et à décorer de cette commode étiquette une foule d'affections, de phénomènes morbides qu'on ne savait comment classer. C'est ainsi qu'en dehors du rhumatisme aigu et de ses nombreux accidents viscéraux, en dehors des maladies locales supposées rhumatismales parce qu'elles succèdent à l'action du froid, en dehors des arthropathies chroniques presque toutes rattachées à la même origine, bien des médecins admettent encore un rhumatisme secondaire, symptomatique en quelque sorte, susceptible d'apparaître dans toute une série de maladies aiguës, et de faire surgir des complications toujours sérieuses, parfois même mortelles.

Est-il possible de remettre un peu d'ordre dans ce chaos, et de limiter enfin ce domaine du rhumatisme, qui menace d'envahir la pathologie tout entière? Oui, si l'on veut prendre la peine de regarder un peu au fond des choses, et ne plus se contenter d'une grossière analogie de symptômes pour conclure aussitôt à l'identité de nature. Les récentes acquisitions de la pathologie générale, en nous éclairant sur la physiologie pathologique et l'étiologie d'une foule de maladies, permettent dès aujourd'hui de détacher du rhumatisme diverses manifestations morbides qui n'ont rien de commun avec lui que les apparences extérieures. Un grand pas dans ce sens a été fait par le professeur Bouchard, lorsque s'inspirant, non plus d'un trait particulier, mais de l'ensemble des caractères, il a montré les dissemblances

FEUILLETON

CAUSERIES

La recherche de la paternité est une de ces distractions législatives auxquelles les Parlements se livrent de temps en temps, et que l'on rentre ensuite dans le grand magasin des accessoires de la politique. Il y a un certain nombre de ces intermèdes que des âmes charitables et bien intentionnées ramènent périodiquement sur l'affiche, et qui paraissent destinés à exercer de nombreuses générations d'orateurs dans la suite des temps. Tels sont le rétablissement du divorce, le régime des aliénés, l'organisation et l'enseignement de la médecine, la répression de l'exercice illégal, et quelques autres encore qui nous touchent de moins près.

Le dernier tour a été pour la recherche de la paternité, dont défenseurs et adversaires ont exhibé à nouveau leurs arguments devant le Sénat, sans plus se mettre d'accord que dans les précédentes tentatives du même genre.

En supposant que l'on introduise dans le Code les modifications tendant à autoriser la recherche de la paternité, faut-il croire qu'il en résulterait une notable amélioration des mœurs, une plus grande circonspection de la part des hommes dans les circonstances où ils s'exposent à être pères sans garantie du gouvernement ? Il est permis d'en douter, car la perspective de la progéniture est une considération de bien peu de poids à cer-

profondes qui séparent le rhumatisme aigu vrai des prétendus rhumatismes secondaires, et affirmé hardiment que ceux-ci doivent être considérés comme des arthropathies infectieuses. Un des élèves les plus distingués de M. Bouchard, le docteur Bourcy, a développé avec talent, dans une thèse récente, cette doctrine des pseudo-rhumatismes infectieux opposés à la polyarthrite rhumatismale aiguë vraie, et si un grand nombre de points exigent encore de nouvelles recherches, on peut dire que dans son ensemble la théorie est dès aujourd'hui assez fortement établie pour défier toutes les attaques.

I. — On connaît depuis longtemps les arthropathies infectieuses ou du moins quelques-unes d'entre elles; dans la pyohémie, les déterminations articulaires sont d'observation quotidienne, et il n'est pas un clinicien qui n'ait rencontré des faits du genre de celui-ci : à la suite d'un rhumatisme, d'une petite plaie mal soignée, parfois même d'une hémorrhoïde ulcérée, un individu est pris d'un frisson violent, qui se répète à des intervalles irréguliers; une fièvre intense, dépassant 40 degrés, lui succède et est accompagnée d'une prostration rapide des forces; bientôt se montrent des douleurs aiguës au niveau d'une ou de plusieurs jointures qui deviennent excessivement sensibles à la pression et ne tardent pas à être distendues par un épanchement liquide; parfois un souffle plus ou moins intense se développe au niveau de l'un des orifices cardiaques; les urines rares et troubles se chargent d'albumine; puis les conjonctives deviennent subictériques, le facies se creuse, la langue se sèche, et quel que soit le traitement employé le malade ne tarde guère à mourir. A l'autopsie, on découvre du pus dans les articulations, des abcès métastatiques dans le foie, les reins, la rate, le poumon, et souvent une endocardite végétante. Voilà un type d'arthropathie infectieuse, et nul assurément ne songera ici au rhumatisme : les symptômes sont trop nets, les lésions anatomiques trop bien caractérisées, le processus morbide est trop évident pour qu'on hésite à rapporter les manifestations articulaires à leur véritable cause, c'est-à-dire à une décharge de matières phlogogènes sur les synoviales articulaires (Bouchard).

Dans toutes les formes d'infection purulente et putride, dans toutes les conditions qui favorisent la résorption des produits altérés au contact de l'air, on observe des accidents analogues. Les faits d'arthrite aiguë puru-

taines heures. Rien d'étonnant que l'homme s'inquiète peu d'un enfant qu'il a la chance de ne jamais connaître et dont la législation actuelle lui assure les moyens d'esquiver la paternité; mais lorsqu'en dehors de ceux-là, on voit tant de pauvres gens multiplier à plaisir les rejetons dont ils sont sûrs d'avoir la charge, sans se faire la moindre idée de ce qu'ils leur donneront à manger, on peut bien se demander si la recherche de la paternité ferait diminuer le nombre des naissances illégitimes et préserverait efficacement la vertu des femmes. La confection d'un enfant est comme un billet à ordre; le temps qui s'écoule entre le moment où l'on signe et celui de l'échéance sera toujours un motif d'insouciance pour les débiteurs incertains de leurs ressources, qui se disent que, d'ici là, il peut arriver bien des choses.

Sous l'ancien régime, on avait tourné la difficulté en conférant à la mère le droit de choisir elle-même le père de son enfant, pourvu qu'elle se prononçât à un moment psychologique où on la supposait incapable de mensonge. Celui que la femme désignait dans les douleurs de l'enfantement était, quoi qu'il en eût, responsable du produit. *Virgini parturienti creditur*, disait-on alors, et c'est probablement pour indiquer tout ce qu'il y avait de surnaturel dans une pareille conjoncture que l'on avait fait figurer dans l'axiome ci-dessus les deux mots de *virgini* et de *parturienti*, qui ne semblent pas destinés à aller ensemble, la virginité et l'accouchement étant des états réputés incompatibles dans le cours ordinaire de la vie.

Il est certain que la femme en mal d'enfant n'a guère l'esprit tourné à la plaisanterie, et il y a quelque chose de poétique dans cette façon de lui déférer le serment sous l'inspiration des premières angoisses de la maternité. On admettait qu'à ce moment elle ne devait pas se tromper dans l'évocation de celui qui l'avait rendue mère, lequel au

lente, observés par Gerhardt chez les individus atteints de bronchectasie fétide avec rétention du pus dans les cavités bronchiques, n'ont probablement pas d'autre cause.

Dans la morve également tous les auteurs ont signalé la fréquence des déterminations articulaires : celles-ci débutent par des douleurs qui ont la plus grande analogie avec celles du rhumatisme, et qui sont parfois accompagnées de gonflement et de rougeur (Tardieu); dans la forme farcineuse, les arthropathies ne dépassent pas ce premier degré, mais dans la morve aiguë la suppuration est fréquente et la marche des lésions est si rapide, qu'à l'autopsie on peut trouver la synoviale ulcérée, les extrémités articulaires détruites et des fusées purulentes dans les gaînes tendineuses (Elliotson). Nul doute que ces désordres ne soient, comme toutes les lésions de la morve, le résultat de l'infection spécifique dont le germe morbigène a été démontré il y a peu de temps par M. Bouchard et par ses élèves. On n'hésitera pas davantage à reconnaître comme infectieuses les arthropathies fort analogues que divers observateurs, Bollinger notamment, ont décrites dans le charbon bactéridien.

II. — Si la pyohémie, la morve, le charbon, sont susceptibles de produire des déterminations articulaires, il paraît vraisemblable que les autres maladies infectieuses doivent se comporter de la même manière, et on n'a pas de peine à concevoir que les divers poisons organiques puissent exercer leur action irritante sur les synoviales, tout comme sur les autres tissus de l'économie. C'est en effet ce qui a lieu, et il n'est presque pas une maladie spécifique qui ne présente parmi ses phénomènes possibles des arthropathies plus ou moins sérieuses. Il faudrait en quelque sorte fermer les yeux à l'évidence pour persister à imputer au rhumatisme les manifestations articulaires qui se montrent dans les fièvres éruptives, dans l'érysipèle, dans la fièvre puerpérale, dans la dysentérie, dans la fièvre typhoïde, dans la pneumonie même. Toutes ces arthropathies sont en réalité des pseudo-rhumatismes infectieux, et, pour s'en convaincre, il suffit d'examiner de près leurs divers caractères; on n'aura pas de peine à voir combien ils s'éloignent de ceux du rhumatisme véritable.

Prenons d'abord ce qu'on nomme improprement le rhumatisme scarlatineux : que voyons-nous? Certains individus, qui n'ont jamais eu la

---

même instant pouvait être à cent lieues de s'imaginer le cadeau qui lui tombait du ciel. C'était pourtant, à la réflexion, une confiance scabreuse que celle accordée à la *virgini parturienti*, et qui pouvait en inciter quelques-unes à des désignations tout à fait fantastiques. Sans comparaison, la femme était libre de faire n'importe quel usage de la crédulité attachée à ses paroles, comme font les grands criminels dans les révélations que l'on attend de leur bouche avec tant d'impatience, ce dont ils profitent pour raconter toutes sortes d'histoires aux juges d'instruction et se procurer quelques petites promenades en fiacre aux environs de Paris, sous prétexte de tout raconter sur les lieux. Ça réussit toujours, quoique la mèche ait été éventée depuis bien longtemps par Jean Hiroux, lorsqu'en marchant à l'échafaud, il s'amusa à dénoncer pour son complice un brave épicier qui prenait le frais sur sa porte, et dont la figure béate avait donné au condamné l'idée de cette bonne farce.

Sur le principe même de la recherche de la paternité, il n'y a pas d'hésitation, et tout le monde convient qu'un enfant doit revenir à son légitime propriétaire, comme toute autre propriété. Mais c'est à l'application du principe que surgissent les embarras, étant donnée la difficulté d'arriver en cette matière à une certitude absolue. Les preuves, les preuves, comment les établir, et faute de preuve décisive, comment se prononcer sur une si grave question?

L'objection est sans réplique, le genre de preuves qu'il s'agirait de fournir étant d'une nature essentiellement délicate, et sujet à tant de contestations! A quoi se fier, en effet, en dehors du seul cas admis et prévu par la loi, *is pater est quem nuptiæ demonstrant?* La voix du sang, fort en honneur à une certaine époque, n'est presque plus employée de nos jours, et si véritable qu'on la suppose, elle ne serait jamais admise comme une preuve.

moindre manifestation rhumatismale, sont pris au décours de leur scarlatine d'une douleur plus ou moins vive avec raideur et tension dans les articulations des membres supérieurs, notamment dans celles des doigts et des poignets; le plus souvent ces fluxions douloureuses n'atteignent pas une grande intensité et disparaissent bientôt pour ne plus revenir; mais parfois les douleurs deviennent en peu de temps très vives, s'étendent à plusieurs grandes jointures; en moins de quarante-huit heures, on peut voir les cavités synoviales se remplir de liquide, pendant que non moins vite se développent les signes d'une pleurésie ou d'une péricardite de mauvaise nature; le malade tombe rapidement dans l'adynamie, et après la mort, qui ne tarde guère, on trouve du pus dans les articulations, dans le péricarde ou la plèvre, parfois même dans les méninges. Il n'est pas nécessaire de rappeler les caractères habituels du rhumatisme pour montrer combien en diffère cette affection qui frappe, nous l'avons dit, les malades les plus indemnes d'arthritisme, alors que des rhumatisants avérés, ayant déjà eu plus d'une attaque, traversent la scarlatine sans rien éprouver du côté des jointures.

Dans la variole, discrète ou confluente, on observe aussi des déterminations articulaires qui parfois se montrent à la période de suppuration (et peuvent alors être attribuées à la résorption purulente), mais qui souvent sont ou plus précoces, ou plus tardives, et paraissent relever directement de l'infection variolique. Si, dans certains cas, ces arthropathies affectent le caractère de simples fluxions de courte durée, et peuvent alors être prises pour du rhumatisme, ailleurs on les voit évoluer rapidement dans le sens de la suppuration et aboutir à la destruction complète de l'article; presque tous les auteurs qui ont étudié les complications de la variole ont rencontré des faits de ce genre.

Dans l'érysipèle, le professeur Gosselin a signalé l'existence des inflammations articulaires, et il n'hésite pas à les rapporter à l'influence irritante du poison putride circulant dans le sang. Ces arthrites sont presque toujours accompagnées d'épanchement; elles peuvent se terminer par résolution, avec retour des mouvements ou ankylose incomplète, mais elles peuvent également suppurer. On ne saurait, ajoute l'éminent professeur, les expliquer par une cause locale telle que le refroidissement ou par une influence diathésique; au contraire, tout les rapproche des arthrites infectieuses.

Eh bien, cette pierre d'achoppement de la recherche de la paternité serait peut-être levée par des considérations physiologiques dont on ne s'est pas avisé, et d'où résulterait l'obtention de la preuve, la fameuse preuve qui, seule, peut dénouer l'imbroglio des paternités douteuses. C'est encore un exemple de l'avantage qu'on trouverait à consulter plus souvent les médecins, dont la part n'est décidément pas assez grande dans la direction des affaires publiques, malgré le nombre respectable de confrères qui nous représentent au Parlement, et qui savent bien se montrer quand les intérêts de la corporation sont en souffrance. L'un d'eux, M. Liouville, l'a bien fait voir dans la séance du 4 décembre dernier, en plaidant la cause des médecins militaires, dont les plus autorisés n'auront pas manqué de lui témoigner leur reconnaissance, ainsi qu'à M. Jules Steeg; et ce n'est pas, pour ma part, sans une vive satisfaction, que j'ai vu porter à la tribune les arguments de ma causerie du 8, ce qui prouve qu'ils étaient dans l'air.

Je reviens à la recherche de la paternité, et à l'exposé de mon projet, dont la simplicité est frappante, comme on va le voir. Vous voulez la démonstration, la certitude que l'enfant a bien pour père celui qu'on lui attribue? Il n'y a qu'un moyen d'y arriver; faites constater que l'enfant ressemble au père en question, et vous aurez une preuve irréfutable de la descendance qu'il s'agit d'établir. C'est ainsi que la grande loi naturelle de l'hérédité me paraît contenir la seule solution de cette grosse affaire, sur laquelle l'encre et les discours semblent devoir couler indéfiniment sans résultat.

Mais entendons-nous bien. Il ne s'agit pas seulement de cette ressemblance furtive qu'on appelle un air de famille et qui réside dans une analogie plus ou moins grande des traits du visage; cette première manifestation de l'hérédité entrerait en ligne de compte, pour une part importante, mais ne suffirait pas à elle seule. C'est l'ensemble

Les mêmes remarques s'appliquent tout aussi bien aux arthropathies qui surviennent dans l'état puerpéral (Quinquaud) ; ces complications se montrent constamment à la suite de ce qu'on a si bien nommé le puerpérisme infectieux ; outre qu'elles atteignent des malades qui n'ont jamais eu d'accidents rhumatismaux et qui n'en auront jamais par la suite, elles n'affectent ni la mobilité, ni l'instabilité du rhumatisme, elles sont, au contraire, fixes et tenaces, et si elles n'aboutissent pas toujours à la suppuration, elles laissent du moins à leur suite des raideurs qui révèlent le caractère vraiment inflammatoire de l'arthropathie ; enfin, autre fait digne d'être noté, elles sont, comme tous les pseudo-rhumatismes, absolument réfractaires aux agents thérapeutiques qui réussissent le mieux dans les affections vraiment rhumatismales.

N'est-ce pas aussi à une infection générale qu'il faut imputer les manifestations articulaires si souvent observées dans la dysentérie? Il est permis de le penser quand on les voit se produire chez des sujets non rhumatisants, au décours du flux intestinal, affecter les localisations les plus diverses, les moins habituelles au rhumatisme véritable, aboutir soit à la suppuration (ce qui est rare, il est vrai), soit à l'infiltration plastique et exiger un temps fort long pour se résoudre.

On pourrait citer bien d'autres exemples : dans la fièvre typhoïde, dans la méningite cérébro-spinale, dans plusieurs autres maladies qu'on s'accorde aujourd'hui à regarder comme spécifiques, divers auteurs ont signalé des affections articulaires aiguës ou subaiguës qui se montrent parfois à titre de complications, et qui toutes présentent, avec les divers pseudo-rhumatismes que nous venons d'énumérer, de remarquables analogies. En laissant même de côté les faits obscurs (par exemple ces arthropathies pneumoniques étudiées par M. Bourcy et difficiles à interpréter dans l'état actuel de nos connaissances), il en reste assez pour démontrer que dans les états infectieux les déterminations articulaires sont loin d'être exceptionnelles, bien plus, qu'il n'est peut-être pas une seule maladie de ce genre où on ne puisse les rencontrer. Il n'est pas téméraire de croire que ces accidents sont tous de même famille, et que, si par quelques-uns de leurs symptômes, ils rappellent le rhumatisme, par leur nature ils s'en éloignent complètement.

III. — Une fois établi que les arthropathies de la scarlatine, de l'état puer-

---

des éléments de l'hérédité dont il faudrait constater la réunion, et pour cela une procédure spéciale serait à instituer. Les tribunaux désigneraient des experts chargés de suivre l'enfant pendant plusieurs années et de l'accompagner dans tous les actes de son existence. Ces jurys se composeraient de personnes ayant connu le père supposé, ayant assez vécu dans son intimité pour être au courant de ses habitudes, et pour en reconnaître l'empreinte dans sa progéniture. Ces fonctions tout à fait nouvelles de *vérificateurs d'hérédité* pourraient être assez recherchées, surtout si l'on y attachait des honoraires sérieux.

Ils auraient donc pour mission d'observer attentivement leur sujet dans les circonstances les plus variées, afin de réunir un faisceau de preuves de nature à entraîner la conviction. On sait, en effet, que l'hérédité réside parfois dans la reproduction de détails subtils, dans certains linéaments soit de la nature physique, soit de la nature morale de l'individu, détails qu'il faudrait saisir à propos et bien mettre en relief pour établir leur identité chez l'ascendant et le descendant.

Après un examen physique approfondi, où seraient relevées toutes les particularités de structure de l'intéressé, les membres du jury, qui ne le quitteraient pas plus que son ombre, auraient à l'étudier dans ses gestes, dans ses sympathies et antipathies, dans le choix de ses vêtements, dans ses lectures, ses plaisirs, sur tous les points enfin où la ressemblance cherchée peut se révéler. On provoquerait les occasions pour faire naître des indices, et l'on s'imagine facilement le programme agréable que pourraient se composer les experts en poursuivant leurs investigations dans les restaurants, dans les théâtres, et autres lieux où l'on a la chance de voir éclater subitement quelque impulsion triomphante au point de vue de l'hérédité.

péral, etc., n'appartiennent pas au rhumatisme vrai, il est difficile de ne pas reconnaître que celles de la blennorrhagie lui sont également étrangères. Impossible, en effet, d'admettre une simple coïncidence, car le rhumatisme serait alors treize fois plus fréquent dans la blennorrhagie que dans les autres maladies. Impossible également de soutenir que l'uréthrite ait la propriété d'éveiller l'éclat rhumatismal chez les sujets prédisposés, car les rhumatisants d'habitude sont rarement repris à l'occasion d'une blennorrhagie; au contraire, l'arthrite blennorrhagique se montre souvent chez des malades tout à fait indemnes de rhumatisme et si ces derniers éprouvent une seconde attaque, c'est presque toujours à la suite d'une blennorrhagie nouvelle.

D'autre part, elle ne ressemble guère au rhumatisme aigu, cette arthropathie qu'on voit débuter sans fièvre, avec des douleurs d'intensité médiocre; qui n'atteint qu'un petit nombre d'articulations et souvent se fixe dans une seule jointure qu'elle refuse de quitter; qui, d'emblée, détermine une infiltration plastique, à marche torpide, difficile à résoudre, et qui tend presque fatalement à l'ankylose; qui est rarement accompagnée de manifestations cardiaques, mais qui est souvent précédée ou suivie d'iritis; enfin qui n'est nullement influencée par le salicylate de soude.

Frappés de ces contrastes, Lorain et Lasègue avaient écarté complètement le rhumatisme, et attribué les arthropathies blennorrhagiques à une sorte de pyohémie lente, à l'infection du sang par les produits purulents résorbés à la surface de la muqueuse uréthrale enflammée. Ils n'étaient pas loin de la vérité, car c'est bien une infection qui détermine les manifestations articulatoires dans la blennorrhagie; seulement cette infection est le fait d'un virus spécial, d'un organisme parasitaire développé d'abord localement dans l'épaisseur de la muqueuse génito-urinaire et résorbé ensuite dans la masse du sang. Cet organisme n'est point un mythe : d'accord avec Hallier et Neisser, le professeur Bouchard dit l'avoir vu nettement, non seulement dans le pus uréthral, mais dans le sang des malades atteints de rhumatisme blennorrhagique. La démonstration sera complète quand l'agent infectieux aura été vu aussi dans les articulations malades, elle est, dès à présent, assez avancée pour qu'il soit permis de classer l'arthropathie blennorrhagique au premier rang des pseudo-rhumatismes infectieux.

IV. — Ce n'est pas tout, et nous n'avons pas épuisé la liste : à côté de ces

---

Un registre serait tenu de tous les éléments ainsi rassemblés, en regard des mêmes observations concernant le père, suivant des témoins l'ayant connu dans la plus grande intimité. Comme on ne sait pas au juste à quel âge l'hérédité devient manifeste, la besogne du jury pourra durer, selon les cas, un nombre d'années indéterminé. Si rien de bien précis ne se découvre chez l'enfant, on le suivra dans l'adolescence, l'âge adulte, la vieillesse; on attendra qu'il soit chauve, la calvitie étant essentiellement héréditaire et pouvant fournir des renseignements utiles, par l'époque de son apparition et la façon dont elle se dessine, sur les tempes ou en tonsures; on épiera l'éclosion des diathèses dont il y aurait soupçon, rhumatisme, goutte, herpétisme, tuberculose; s'il arrive enfin que les experts, après cette minutiense enquête, puissent s'écrier, comme dans une chanson :

« Il ressemble à son père, on dirait que c'est lui! »

ils déposeront un rapport favorable à l'admission de la paternité en litige.

J'espère que cette procédure, exempte de précipitation, rassurera les esprits craintifs, qui redoutent dans la recherche de la paternité les solutions hâtives, et surtout l'absence ou l'insuffisance des preuves. Un ensemble de preuves basé sur la comparaison prolongée de deux existences, sur le rapprochement de deux individualités dans leurs manières d'être les plus diverses, un tel critérium, bien établi et bien compris, est la seule issue possible à cette question de la paternité, si simple dans ses prémisses, si compliquée parfois dans ses résultats.

Il peut même se présenter un cas où les recherches auraient à se continuer au delà

faits relativement clairs, et susceptibles, dès aujourd'hui, d'une interprétation précise, il en est d'autres plus obscurs, dont l'étiologie nous échappe encore, mais dont il est possible de soupçonner la nature, si on les examine à la lumière des notions acquises. Il n'est pas un observateur attentif qui n'ait rencontré des cas anomaux, bizarres, dans lesquels on voit une polyarthrite aiguë d'apparence primitive débuter avec les caractères extérieurs du rhumatisme, sans que rien dans l'étiologie puisse faire supposer qu'il s'agit d'une autre affection, et cependant la marche des accidents, la gravité des complications ne tardent pas à faire naître des doutes et à montrer qu'on n'est pas en face d'un rhumatisme ordinaire, mais bien d'une maladie véritablement maligne.

Ces faits, classés provisoirement sous le nom de rhumatisme anomal et dont la vraie place dans le cadre nosologique n'est pas encore fixée, se rencontrent en assez grand nombre dans la littérature médicale. Presque toujours il s'agit d'un individu jeune, sans antécédents arthritiques, chez lequel, à la suite d'un surmenage (ou même sans aucune cause appréciable), on voit se déclarer des frissons, suivis d'une fièvre intense, et d'un gonflement douloureux d'une ou plusieurs jointures; le traitement n'a aucune prise sur ces accidents, et le salicylate de soude en particulier ne produit aucun résultat; bientôt, le malade prend un aspect typhoïde, les urines deviennent albumineuses, le pouls s'accélère en s'affaiblissant, un souffle cardiaque se développe; des épanchements purulents se manifestent dans les articulations envahies, parfois même dans les grandes séreuses; l'adynamie fait des progrès rapides et le malade ne tarde pas à succomber. Tous les cas n'offrent pas cette marche foudroyante; quelquefois, les accidents se calment, la suppuration n'apparaît point ou se limite à une ou deux jointures et la guérison peut s'effectuer; mais elle est lente, difficile et souvent interrompue par des retours de fièvre avec aggravation inquiétante de l'état général.

Ces faits présentent, il faut en convenir, une frappante analogie avec la pyohémie: sauf la plaie d'entrée du virus et les abcès métastatiques dans les viscères, c'est exactement le tableau que nous tracions tout à l'heure à propos des manifestations articulaires de l'infection purulente. Et le rapprochement est d'autant plus justifié que l'examen des urines, du sang, du pus articulaire, a permis plusieurs fois de reconnaître dans ces divers liquides

---

d'une seule existence, ce qui ne ferait qu'en augmenter la prudence et la sévérité. On sait, en effet, que l'hérédité peut sauter une génération. Supposons donc qu'en dépit de fortes présomptions, le fils n'offre, sous aucun rapport, une ressemblance suffisante avec le père. On institue alors une épreuve complémentaire, en engageant le fils à devenir père à son tour, et l'on examine ce troisième rejeton, comme il a été dit plus haut, pour voir s'il ne reproduit pas, par atavisme, l'image fidèle du grand-père auquel la première lignée aurait négligé de ressembler. Ce serait de l'hérédité expérimentale, une sorte de culture de l'hérédité à plusieurs degrés, absolument comme la culture des virus dans les bouillons fertilisés.

Si mon projet n'apporte pas une lumière complète dans la question de la recherche de la paternité, c'est qu'elle est vraiment bien obscure, ce dont je me doutais un peu en essayant de la résoudre par les procédés scientifiques.

*
* *

Voici, pour finir, une histoire vraie que je ne résiste pas au plaisir de vous conter, bien qu'elle n'ait rien de médical.

C'est un soir de grand dîner et de réception chez un notable de l'endroit. Mlle Bébé, enfant gâtée de 7 à 8 ans, fait irruption au salon. Un personnage important, mais d'une importance récente, s'approche de la nouvelle venue et la conversation s'engage sur un ton aimable.

Le personnage. — Comment vous appelez-vous, ma petite demoiselle?

Bébé. — Je ne veux pas vous le dire, devinez.

des bactéries en grand nombre. Nous sommes donc ici encore en présence d'une maladie infectieuse, mais d'une maladie non encore classée. C'est elle qui a induit en erreur Bouillaud et plusieurs autres cliniciens, en leur faisant croire que le rhumatisme aigu tendait naturellement vers la suppuration ; c'est elle sans doute qui a montré à Klebs les organismes inférieurs qu'il a décrits sous le nom de monade rhumatique comme l'attribut propre du rhumatisme articulaire aigu. Nous ignorons encore quelle est la nature, quelle est la source de l'agent morbigène qui lui donne naissance ; nous ne savons pas s'il vient de l'atmosphère par les voies respiratoires, s'il est absorbé par les orifices glandulaires de la peau en sueur, comme le pense Hueter, ou bien s'il pénètre dans l'organisme par les voies digestives en déterminant d'abord une angine, comme le soupçonne Bouchard. Mais ce que nous pouvons affirmer dès à présent, c'est qu'il ne s'agit pas d'une maladie diathésique, c'est que ce prétendu rhumatisme anormal n'est qu'un pseudo-rhumatisme infectieux.

La conclusion à tirer de tout cela, c'est qu'en présence d'une arthropathie aiguë, même spontanée en apparence, il ne faut pas se presser d'invoquer le rhumatisme, mais observer d'abord soigneusement les symptômes, et se rappeler qu'une manifestation articulaire qui est accompagnée de frissons, d'albuminurie, d'une rapide altération de l'état général, qui tend vers la suppuration ou vers l'ankylose, qui *ne cède pas au salicylate de soude*, a de grandes chances pour être de nature infectieuse et spécifique.

Henri Barth.

De la scarlatine, sa nature et son traitement (1),

Par le docteur Le Diberder.

J'ai établi au commencement de ce travail que la similitude entre l'élément ou le principe de la scarlatine et celui de la fièvre intermittente était incontestable, aussi bien dans l'état aigu que dans les phénomènes consécutifs. Pour bien mettre en relief cette proposition, je commencerai par un cas d'infection palustre.

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 18 et 20 décembre 1883.

Le personnage. — Oh! devinez! C'est bien difficile. Il faut m'aider un peu. Dites-moi au moins par quelle lettre commence votre nom.

Bébé. — Par un E.

Le personnage (sans la moindre malice). — Alors, est-ce Eloïse ou Ephigénie?

Absolument authentique. A. L.

Bain de sublimé contre l'ophthalmie conjonctivale. — Warlomont.

Bichlorure de mercure.	4 grammes.
Alcool.	q. s.
Eau	1000 grammes.

Faites dissoudre et ajoutez à l'eau du bain. — Quand le malade est un enfant, on diminue de moitié la dose du bichlorure de mercure. Ce bain est efficace dans le cas d'hyperémie conjonctivale avec photophobie et larmoiement. Le patient doit y séjourner de une heure et demie à deux heures, et pendant ce temps-là, se laver presque constamment la figure avec l'eau du bain. Quant aux enfants, on leur en verse continuellement sur la tête, des flots qui viennent inonder le visage. — N. G.

Obs. IV. — Le 15 septembre 1849, je fus prié d'aller voir un malade à Riantes, village près de la côte. Le messager me dit que ce malade ne pouvait uriner.

Je me munis de sondes et je partis. Je trouvai un homme de 35 ans, atteint d'anasarque au plus haut degré. L'œdème était universel et régulier, rien n'était épargné. La face bouffie, blême, les paupières volumineuses. les membres distendus, le scrotum considérable. Presque sans dire gare, imbu de l'idée que le malade ne pouvait uriner, je passai une sonde, sans difficulté, je recueillis l'urine dans un vase que je pouvais placer sur le feu. Au moment de l'ébullition, il se forma un nuage blanc d'albumine qui se coagula en abondance. L'albuminurie bien constatée, j'interrogeai le malade avec soin et je finis par débrouiller qu'il était atteint de fièvre intermittente depuis 18 mois.

Je fis dissoudre 6 grammes de sulfate de quinine dans un litre de vin blanc, et je lui prescrivis d'en prendre un petit verre chaque jour avant les deux premiers repas.

Deux fois par semaine, on m'apportait des urines, et je constatai chaque fois une diminution dans la quantité d'albumine. Le litre était terminé le dixième jour. Je le fis renouveler. Un mois après ma visite, le malade venait lui-même me remercier. Il était guéri.

Dans le commencement de ma pratique, j'ai rencontré souvent à la campagne des enfants en proie à des accès de fièvre depuis six mois, un an et plus. Ils étaient faciles à reconnaître à la bouffissure et à la pâleur mélanémique de leur visage, au volume du ventre, à l'anasarque généralisée et enfin à la présence de l'albumine dans les urines. Plusieurs succombaient enlevés par des convulsions. Ces enfants n'avaient subi aucun traitement.

Nous retrouvons les mêmes signes dans le syndrôme des accidents consécutifs de la scarlatine. La différence consiste uniquement dans la lenteur avec laquelle ils se produisent dans le paludisme, et leur rapidité après la scarlatine. En 1857 nous eûmes à l'hôpital une épidémie de scarlatine atteignant des hommes de la guerre et de la marine. Je pris des notes sur 55 de ces malades. Bien qu'à cette époque je fusse bien convaincu de l'efficacité de la quinine comme moyen préventif, je me demandais si, de ma part, il n'y avait pas exagération et je laissai les vingt premiers sans leur administrer le remède, l'épidémie était bénigne.

Je ne tardai pas à me repentir de ma réserve. Dans la semaine qui suivait la période d'éruption, je constatai chaque matin de l'œdème à la face. Les urines analysées donnèrent pour tous de l'albumine, bien qu'à des doses variables.

La quinine fut administrée dès le début des premiers signes, et nous fûmes assez heureux pour n'avoir perdu qu'un malade. C'était un matelot de 23 ans. L'éruption avait été franche et bénigne. Le septième jour, à la visite du matin, je constatai de l'œdème de la face et de l'albumine dans les urines. Je prescrivis la quinine, 1 gr. Le remède ne fut pas donné.

Dans l'après-midi, il fut pris de dyspnée à marche rapide, la face se cyanosa, la peau se couvrit d'une sueur froide, et il succomba le lendemain matin. L'autopsie ne put être faite.

Chez les malades de la seconde série, la quinine fut administrée dès la fin de l'éruption et nous ne vîmes aucun accident.

Depuis cette époque, j'ai recherché si l'intensité de l'éruption exerçait une influence sur la production des accidents consécutifs. Je ne puis résoudre cette question.

Il est bien vrai qu'un certain nombre de scarlatineux guérissent sans éprouver ces accidents, mais non sans la crainte de les voir surgir. D'ailleurs ces accidents, apparaissant le plus souvent à une époque rapprochée de la période éruptive, peuvent éclater après un intervalle assez long.

J'en trouve un exemple frappant dans l'*Union médicale* du 23 août 1881, n° 116; c'est une observation du docteur Lubanski, sur un cas de néphrite interstitielle, suite de scarlatine.

Obs. V. — Il s'agit d'un soldat vigoureux, 23 ans, entré à l'hôpital le 13 février pour

une scarlatine légère, fruste. Il a été à peine malade, il sort de l'hôpital le 19 mars en très bon état.

Le 19 mai, soixante-cinq jours après sa sortie, quatre-vingt-dix jours après le début de la maladie, il se présente à M. Lubanski qui constate un œdème de la face. Le lendemain, il est pris d'une dyspnée qui suit une marche rapidement croissante.

Sans qu'un traitement très actif ait pu l'enrayer, il succombe le 22 mai. L'autopsie révèle une néphrite interstitielle avec une lésion plus récente du cœur.

Je ne cite qu'un petit nombre d'observations. Les cas de scarlatine sont assez fréquents pour que mes propositions puissent être contrôlées. Dans l'état actuel de la science, la scarlatine n'a pas été appréciée au point de vue où je me suis placé.

J'ai pu m'en assurer en lisant les articles de MM. les docteurs Sanné et Picot dans les dictionnaires en voie de publication. Ces deux auteurs exposent la gravité de certains cas dans la période aiguë sans en chercher l'explication. Ils ne tiennent aucun compte de la forme et de la nature des accès.

Pour les accidents consécutifs, tous les deux ne voient d'autre cause que le froid qui, cependant, ne joue qu'un rôle secondaire.

Dans ces deux périodes, ces éminents praticiens laissent de côté l'élément scarlatineux, qui joue cependant le principal rôle et tient la première place.

En examinant la thérapeutique qu'ils préconisent, on sent facilement leur embarras.

Dans la première période, dans les cas graves, leur moyen le plus actif consiste dans l'eau froide en affusion ou en bain, et tous les deux mentionnent que ce procédé n'est pas sans danger. Ils tiennent compte de la répulsion des familles contre les accidents consécutifs ; ils redoutent, au contraire, l'influence du froid et recommandent les onctions au moyen des corps gras et surtout la séquestration.

L'expérience démontre que la quinine est efficace dans les deux périodes. Elle agit assurément sur le ferment scarlatineux, qu'elle détruit, comme elle agit sur le principe de la fièvre intermittente.

M. Picot cite la quinine sans s'y arrêter. Il cite aussi le salicylate de soude. Ce médicament a pris une grande place dans la thérapeutique, malgré les vives critiques dont il a été l'objet. Il demeurera comme un des plus excellents moyens.

Je n'ai employé ce médicament que dans un petit nombre de cas, et seulement contre les cas de rhumatisme secondaire. Je ne puis donc avoir actuellement d'avis sur sa valeur; mais, d'après l'expérience que j'ai du salicylate, je suis tout disposé à y recourir, c'est un anti-thermique et un anti-rhumatisant excellent.

M. le docteur Sanné qui, dans son article, rapproche souvent la scarlatine du rhumatisme, n'a cependant pas conseillé ce remède. Pour ma part, je lui donne largement la préférence sur l'eau froide.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 décembre 1883. — Présidence de M. Blanchard.

M. Fontano adresse une note sur la théorie de l'élasticité d'après les travaux de Lamé.

M. Gasparin écrit une lettre à propos des lueurs crépusculaires de ces derniers temps, lueurs qui n'ont, de l'avis de M. Gasparin, rien de commun avec les aurores boréales.

M. Lacaze-Duthiers demande à déposer sur le bureau une lettre de M. Yung, qui rem-

place à Genève le professeur Carl Vogt. S'occupant de la recherche des microbes dans l'air, M. Yung a constaté que la neige balayait en quelque sorte l'atmosphère, et qu'en soumettant la neige fraîche à l'examen microscopique, on pouvait y trouver toutes les poussières qui flottaient dans l'air. Or, à l'époque des phénomènes crépusculaires dont il s'agit, M. Yung a constaté sur la neige de très notables quantités de particules de fer. Cela semble donner raison à l'hypothèse, si étrange au premier abord, de M. d'Abbadie, à savoir que les lueurs du coucher du soleil se relieraient aux éruptions volcaniques de Java.

Voici textuellement ce qu'en dit M. d'Abbadie : « M. Bozward, qui observait dans Worcester, a décrit le phénomène avec un grand luxe de détails et l'a vu pendant près d'un mois entier. Il était magnifique le 29 novembre.

Le 4 du mois actuel, à 8 heures du matin, le soleil prit subitement une teinte d'émeraude, qui disparut tout à coup comme si l'on avait enlevé un écran vert. A 4 heures 45 minutes, le croissant de la lune montra la même couleur jusqu'à 5 heures. Il est évident que des matières insolites flottaient dans l'atmosphère ; car, le 17 novembre, comme au mois de juillet précédent, il tomba une pluie qui laissa un dépôt noir sur toutes les plantes. Le même jour, dans le Storelvdal, vallée au centre de la Norvège, la neige fut recouverte par une couche de poussière grise et noire. Un examen microscopique de cette poussière nous apprendrait peut-être si elle vient de l'espace, comme les aérolithes, ou si elle est d'origine volcanique, ce qui permettrait de la rattacher aux éruptions près de Java, qui ont duré depuis le 20 mai jusqu'à la catastrophe du 26 août. C'est ce qu'on a voulu faire dans l'Inde, pour expliquer le soleil vert observé à Calcutta et dans plusieurs autres lieux du Bengale.

L'illumination insolite du soleil a été notée en Italie, à Carrare et à Rome, où elle persistait pendant quinze minutes, à une heure après le coucher de cet astre. On a vu aussi ce météore en Egypte et même au cap de Bonne-Espérance, où il a duré pendant tout le mois de novembre.

A la Côte-d'Or, dans l'Afrique occidentale, on a vu le soleil bleu dans les matinées des 1er et 2 septembre.

Ce qui distingue d'une aurore boréale cette lumière étrange et rosée, c'est qu'elle n'avait ni scintillation ni mouvement, et qu'elle ne s'est pas montrée du côté nord. Au contraire, elle semblait accompagner le soleil, comme si la lumière était réfléchie par un corps ténu, épandu bien haut dans l'atmosphère. On a d'ailleurs annoncé qu'elle n'était contemporaine avec aucune perturbation magnétique, ainsi qu'il arrive lors des vraies aurores boréales ou australes. »

M. Alphonse Milne-Edwards, président de la Commission scientifique chargée de poursuivre les explorations du fond de l'océan, rend compte des travaux de sondage et de dragage accomplis à bord du navire à hélice le *Talisman* pendant l'année 1883. Le navire, parti de Rochefort le 1er juin, a relevé la configuration du fond de la mer, de ce point aux îles du Cap-Vert, et a recueilli de nombreux échantillons des animaux qui vivent à de grandes profondeurs (jusqu'à 6,000 mètres). M Alphonse Milne-Edwards met sous les yeux de l'Académie les dessins coloriés des plus intéressants de ces échantillons.

M. Blanchard rappelle qu'il y a seize ans, dans une solennité de la Sorbonne, il a provoqué ces voyages de recherches scientifiques. Puis, au nom de l'Académie, il félicite la commission des résultats obtenus, et il remercie les commandants des navires le *Travailleur* et le *Talisman* de l'aide très efficace qu'ils ont prêtée aux explorateurs.

M. de Lesseps dépose sur le bureau une note de laquelle il résulte que la mortalité sur les chantiers de l'isthme de Panama est inférieure à la mortalité des chantiers de l'Europe.

M. Du Moncel fait hommage à l'Académie d'un nouveau volume de M. L. Figuier : « C'est, dit M. le présentateur, un ouvrage très important et extrêmement remarquable. » Les *Nouvelles Conquêtes de la science*, rédigées avec le talent d'exposition bien connu de l'auteur, contiennent des données suffisantes, pour les gens du monde et aussi pour les hommes d'étude, sur les grandes et récentes applications de l'électricité, telles que le transport de la force, etc. Elles offrent au lecteur la biographie, écrite avec soin, des principaux électriciens, et, enfin, elles résument d'une façon claire, et rendue saisissante par de belles illustrations, les deux expositions d'électricité qui ont eu lieu ces années dernières.

— A quatre heures l'Académie se forme en comité secret. — M. L.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT DU 17 AU 22 DÉCEMBRE 1883.

Lundi 17. — M. Jouet : Etude sur le morphinisme. (Président, M. Charcot.) — M. Breton : De quelques complications rares de l'amygdalite phlegmoneuse. (Président, M. Potain.) — M. Gérente : De l'érysipèle de la face dans le cours de la fièvre typhoïde. (Président, M. Potain.)

Mercredi 19. — M. Capon : Contribution à l'étude des rétinites syphilitiques. (Président M. Trélat.) — M. Coppens : De la kératite interstitielle et de son traitement par l'intervention chirurgicale (iridectomie). (Président, M. Trélat.) — M. Landry : Du cancer du sein chez l'homme. (Président, M. Verneuil.)

Jeudi 20. — M. Gabriel (Louis) : Du réveil du délire alcoolique chez les buveurs. (Président, M. Brouardel.) — M. Renard : Des écoles et des instituts pour les enfants rachitiques et difformes en Italie. — Leur établissement en France. (Président, M. Brouardel.) — M. J. Sauton : De l'hérédité morbide et de ses manifestations vésaniques dans la paralysie générale. (Président, M. Ball.) — M. Leplichey : De la métrite chez les tuberculeuses. (Président, M. G. Sée.) — M. Legendre : Anévrysmes spontanés de l'aorte ascendante. (Président, M. G. Sée.)

Vendredi 21. — M. Maksoud-Cherbétan : Etude sur un cas de fibrome malin de la fosse iliaque chez l'homme. (Président, M. Verneuil.) — M. Brissé Saint-Macary : De la maladie kystite des mamelles. (Président, M. Verneuil.) — M. Gauvin : De quelques cas d'épistaxis critiques dans la fièvre typhoïde. (Président, M. Verneuil.) — M. Herck : Contribution à l'étude du fibroma molluscum. (Président, M. Hayem.) — M. Boudet : De l'étiologie des ulcères de jambe. (Président, M. Fournier.)

Samedi 22. — M. Viger : Rétraction de l'aponévrose palmaire chez les diabétiques (Président, M. Jaccoud.) — M. Lapasset : Des exostoses multiples de croissance. (Président, M. Jaccoud.) — M. Hannequin : De la chorée rhumatismale considérée comme une variété de rhumatisme cérébral et de la mort dans la chorée. (Président, M. Laboulbène.) — M. Lachaud : Des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne. (Président, M. Panas.) — M. Mercier : Etude sur l'arthrite survenue dans le cours de la grossesse. (Président, M. Panas.)

COURRIER

PRIX DE L'INTERNAT. — Le concours des prix de l'internat des hôpitaux de Paris s'est terminé par les résultats suivants :

Première division (internes de troisième et de quatrième années) : médaille d'or, M. Chantemesse (André), interne de quatrième année à l'hôpital des Enfants ; accessit (médaille d'argent), M. Ménard (Victor-Auguste), interne de quatrième année à l'Hôtel-Dieu ; première mention honorable, M. Guinard (Marie-Aimé), interne de quatrième année à l'hôpital Beaujon ; deuxième mention honorable, M. Berne (Georges-Léon), interne de quatrième année à l'hôpital Lariboisière.

Deuxième division (internes de première et deuxième années) : prix (médaille d'argent), M. Broca (Benjamin-Auguste), interne de deuxième année à l'Hôtel-Dieu ; accessit (livres), M. Gilbert (Nicolas-Augustin), interne de deuxième année à l'hôpital Saint-Antoine ; première mention honorable, M. Queyrat (Jules-Louis), interne de deuxième année à l'hôpital Necker ; deuxième mention honorable, M. Frémont (Victor), interne de deuxième année à l'hôpital Trousseau.

— Dans la dernière séance du Conseil académique de Paris, les renseignements suivants ont été fournis sur la Faculté de médecine de Paris : le nombre des étudiants au 1er octobre 1883 était de 4,207, soit 2 de moins seulement qu'en 1882. Dans ce total sont compris 108 étrangers. La mission égyptienne qui suivait autrefois les cours de la Faculté de médecine de Paris, a passé en Angleterre depuis les derniers événements. On a compté également, cette année, parmi les étudiants en médecine, 45 femmes, soit 6 de plus qu'en 1882, Russes pour la plupart.

Enfin, sur 6,076 examens subis, pendant l'année scolaire 1882-1883, la proportion des ajournements a été de 24 p. 100. Les candidats serait généralement faibles en physique, en chimie et en sciences naturelles.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

Hôpital Bichat. — Service de M. F. Terrier.

Ovariotomie faite pour la seconde fois sur la même femme. — Guérison.

Les cas d'ovariotomies pratiquées deux fois sur le même sujet sont assez rares pour qu'on les recueille avec soin et qu'on cherche à en tirer quelques déductions au point de vue du développement des kystes ovariques ; nous publions donc cette observation intéressante à plus d'un titre comme on le verra.

Mme Courtois, née Louise Colleau, âgée de 33 ans, demeurant à Labrosse près Malesherbes (Loiret), me fut adressée à la Salpêtrière par M. le professeur Verneuil, le 29 janvier 1879. Cette malade n'a pas d'antécédents diathésiques et est fille unique. Ses règles, apparues à 14 ans 1/2, ont toujours été régulières. Mariée à 20 ans elle eut trois enfants, bien portants encore aujourd'hui ; pas de fausses couches.

C'est en octobre 1877 que Mme C... constata une augmentation de volume de son ventre et cela surtout à gauche ; du reste l'état général était excellent et les règles normales.

En janvier 1878, les règles furent plus abondantes que de coutume et la malade vint à Paris consulter M. Verneuil qui crut à un corps fibreux utérin et déconseilla toute opération.

La tumeur augmenta alors assez rapidement, et au mois d'août 1878, M. Verneuil qui revit la malade, reconnut facilement qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire. Les choses restèrent à peu près dans le *statu quo* jusqu'à la fin de l'année 1878 ; toutefois dans les premiers jours de décembre, Mme C... ressentit de vives douleurs dans l'abdomen, eut quelques vomissements et même de la fièvre. Cet état de malaise persista quinze jours à trois semaines, et dès lors empêcha la malade de travailler ; les efforts déterminant des tiraillements douloureux dans le ventre.

A son entrée à la Salpêtrière, voici quel était l'état de la malade : ventre distendu, asymétrique, offrant deux bosselures, l'une droite, remontant jusqu'à deux travers de doigts au-dessous de l'hypochondre correspondant ; l'autre, gauche, qui arrive jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'hypochondre gauche. Les téguments de l'abdomen très pigmentés sur la ligne médiane offrent d'anciennes vergetures, pas d'œdème, pas de saillie de l'ombilic, pas de vascularisation anormale du tissu cellulaire sous-cutané.

Circonférence ombilicale, 81 centim., de l'appendice xyphoïde au pubis 35 centim.

Matité très nette des régions hypogastrique, ombilicale et des fosses iliaques ; sonorité dans les flancs, les hypochondres et à l'épigastre. Bosselures à l'hypogastre et dans la fosse iliaque droite. Pas de crépitation péritonéale ; fluctuation de la tumeur, qui paraît mobile dans le sens transversal seulement. Le toucher vaginal permet de reconnaître que l'utérus peu mobile est refoulé en avant et à droite derrière le pubis. Le cul-de-sac gauche est libre ; dans le cul-de-sac droit existe une tumeur arrondie, qui semble adhérente à l'utérus. Le col est entr'ouvert et déchiré.

On diagnostique un *kyste multiloculaire* de l'ovaire et peut-être un corps fibreux utérin.

Le 8 février 1879. — Ponction aspiratrice qui donna issue à près de 2 litres d'un liquide filant, analogue à une solution de gomme et offrant une teinte vert noirâtre. Ce liquide contient des globules blancs, des cellules épithéliales en raquette et de la graisse.

Le 10, on pratique le toucher et l'on reconnaît que l'utérus est revenu à sa place normale et que les culs-de-sac vaginaux sont libres. Le corps utérin paraît hypertrophié et remonte à 2 centim. au-dessus du pubis. Comme les mouvements imprimés à la masse polykystique se transmettent au col, on suppose que cette tumeur a un pédicule assez court.

On attendait que l'époque des règles fût passée pour intervenir, lorsque l'état général de la malade s'altéra sensiblement ; tout d'abord l'écoulement menstruel ne parut point à la date ordinaire, des accidents fébriles se déclarèrent, douleurs abdominales assez vives et enfin diarrhée persistante.

Comme la tumeur n'était pas très volumineuse et qu'on craignait d'opérer dans de mauvaises conditions générales, Mme C... retourna dans son pays le 20 mars 1879.

La malade s'améliora sous l'influence du repos au lit pendant quinze jours ; toutefois, trois ou quatre semaines après son arrivée, Mme C... fut prise de vomissements répétés jusqu'à vingt fois en vingt-quatre heures, accidents qui disparurent au bout de deux à trois jours. De temps en temps il y avait des malaises, suivis de vomissements alimentaires. A la fin de juin, le ventre grossit très rapidement, et comme l'état général était bon, Mme C... evint à la Salpêtrière le 22 juillet 1879.

A cette date, le ventre était plus régulièrement distendu ; toutefois on y constatait encore les deux bosselures signalées dans l'examen fait en janvier : pas d'œdème des parois ; pas de saillie ombilicale ; pas de vascularisation anormale sous-cutanée. La matité du foie se confond avec celle de la tumeur qui occupe, en outre de l'hypochondre droit, la région ombilicale, l'hypogastre et les deux fosses iliaques. Sonorité dans les deux flancs et l'hypochondre gauche.

La circonférence de l'abdomen est de 97 centim. ; de l'appendice xyphoïde au pubis, 47 centim. (au lieu des 81 centim. et des 35 centim., de janvier). La palpation permet de reconnaître des masses bosselées et dures dans la fosse iliaque gauche et au-dessus du pubis. L'utérus, peu mobile, est encore reporté en haut et en avant derrière le pubis ; les culs-de-sac sont libres.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Densité 1,025 ; 2 gr. 25 d'acide phosphorique ; 11 gr. de chlore, et 13 gr. 50 d'urée par litre.

Opération, le 28 juillet 1879, avec l'aide de MM. Périer, Championnière et Berger.

Incision médiane de 11 cent. ; et ouverture rapide du péritoine, la paroi abdominale étant fort mince. Le kyste ainsi mis à nu est ponctionné et il s'écoule 7 litres de liquide verdâtre. Des pinces à kyste sont appliquées, une sur l'ouverture de la ponction, deux autres sur la paroi du kyste vidé et on exerce quelques tractions, mais la tumeur ne vient pas. L'incision abdominale est alors agrandie jusqu'au-dessus de l'ombilic et une nouvelle pince à kyste est placée sur la tumeur pour la bien saisir lors des tractions. Déchirure des adhérences avec l'épiploon qu'on décolle et maintient avec une pince en T. Déchirure des adhérences du kyste avec la paroi abdominale antérieure, en haut et à gauche. Une bride fibreuse est saisie avec une pince à pression et sectionnée entre la pince et le kyste.

Toute la masse du kyste qui a pu être attirée au dehors est ouverte avec des ciseaux, afin de la vider complètement du liquide qu'elle renfermait et de diminuer ainsi son volume. L'incision abdominale est agrandie encore par en bas dans une étendue de 4 cent. ; et l'on peut ainsi dégager la partie antéro-inférieure de la tumeur qui offrait encore des adhérences étendues à la paroi et à l'intestin grêle. Le pédicule est fort large et court, on le perfore d'avant en arrière et on y fait une double ligature provisoire avec du fouet trempé dans la solution phéniquée forte. Deux pinces en T sont placées sur le pédicule du côté du kyste et la tumeur peut être enlevée en sectionnant entre les pinces en T et la double ligature provisoire ; toutefois, il faut encore détacher des adhérences assez nombreuses à la paroi abdominale ; deux ligatures en fine soie phéniquée sont placées sur l'épiploon ; une ligature est faite sur la bride sectionnée, qui était retenue par une pince hémostatique.

Une anse d'intestin grêle, qui offrait des adhérences à la tumeur, saigne beaucoup, on passe en ce point et dans la paroi intestinale même un fil de soie conduit par une aiguille à coudre ordinaire et on fait deux ligatures.

La ligature provisoire au fouet est alors remplacée par deux ligatures en soie phéniquée placées plus bas et au-dessus desquelles on résèque le pédicule contus par la ligature provisoire.

Toilette minutieuse du péritoine et suture de la paroi par dix fils profonds et un superficiel au niveau de l'ombilic.

La durée de l'opération a été d'une heure vingt minutes ; elle a été faite d'après les règles de la méthode de Lister.

Pendant l'opération on s'assura de l'état de l'ovaire droit, il fut trouvé sain.

Deux heures après l'opération, 37°4 ; pouls 88. On fait une piqûre de morphine.

Le soir, un vomissement, 37°6, pouls à 100. Une piqûre de morphine.

29. — Un peu de sommeil la nuit ; à cinq heures un vomissement des boissons ingérées. Pouls 120 ; temp. 37°6. Douleurs du ventre presque nulles, pas de ballonnement.

Le soir, pouls 129; temp. 37°9. Sommeil dans la journée.

30. — Nuit assez bonne, éructations gazeuses, encore un vomissement. Coliques sans expulsion de gaz par l'anus. Pouls 112; temp. 37°7. Vers midi, les gaz sont rendus par l'anus.

Le soir, pouls 116; temp. 38°. Deux vomissements dont un coloré par la bile. Un lavement donne lieu à une selle diarrhéique.

31. — Nuit bonne. Pouls 84; temp. 37°1. Potages et lait.

Le soir, pouls 92; temp. 37°6.

1er août. — Temp. 37°. On sectionne et enlève les fils 2, 4, 6 et 8, en comptant de haut en bas.

Soir, temp. 37°6. L'alimentation se fait avec du lait et des potages.

2 août. — Matin, 36°8; soir, 37°4. Deux fils profonds sont enlevés.

3 août. — Matin, 36°6; soir, 37°2. L'état général est parfait.

4 août. — Matin, 36°8; soir, 37°1. Les quatre derniers fils profonds sont enlevés.

Mme C... se leva le treizième jour après son opération et quitta la Salpêtrière à la fin d'août; à ce moment, la malade se plaignait d'une diarrhée assez abondante qui cessa rapidement dès qu'elle fut arrivée dans son pays.

En septembre 1879, Mme C... avait beaucoup engraissé et allait très bien; les règles ne reparurent que le 2 octobre, c'est-à-dire plus de deux mois après l'opération, encore ne durèrent-elles qu'un jour. Depuis, Mme C... est bien réglée, voit très peu, mais souffre assez pour être parfois obligée de se coucher.

Le 30 octobre, je revis mon opérée, elle était fort engraissée, allait très bien et l'examen du ventre permit de m'assurer qu'il n'y avait pas d'éventration au niveau de la cicatrice.

En 1880 et à la fin de 1881, j'eus des nouvelles de Mme C... qui allait toujours aussi bien que possible.

Dans mon premier mémoire intitulé : *Remarques cliniques sur une première série de vingt-cinq ovariotomies*, mémoire publié en mai 1882 (1), je portai Mme C... comme guérie de l'ablation d'un kyste de l'ovaire gauche (obs. 21 du tableau) et je considérais cette guérison comme définitive; il y avait, en effet, près de trois années que la malade avait été opérée et qu'elle se portait très bien.

Or, cet excellent état se maintint jusqu'en avril 1883. Vers le 10 de ce mois, Mme C... s'aperçut que son ventre augmentait encore de volume, surtout du côté droit; peu après, elle ressentit des douleurs du côté opéré, c'est-à-dire à gauche, et éprouva alors beaucoup de difficulté à marcher.

Ces douleurs devinrent très vives pendant e mois de mai et décidèrent Mme C... à venir me trouver à l'hôpital Bichat où elle entra le 17 juin 1883.

L'état général est bon, l'appétit conservé, les règles sont régulières.

L'abdomen est distendu par une tumeur arrondie, fluctuante, un peu plus saillante à droite qu'à gauche et occupant l'hypogastre et la région ombilicale.

Pas d'œdème de la paroi, pas de saillie de la cicatrice de la première opération, qui est au contraire enfoncée et paraît adhérer à la tumeur abdominale.

La circonférence abdominale, au niveau de l'ombilic, est de 82 centim., de l'appendice xyphoïde à l'ombilic, 16 centim., et de ce dernier au pubis 19 centim. La tumeur qui paraît uniloculaire, est mobile latéralement, mais ne se déplace pas de bas en haut.

Au toucher : utérus volumineux et mobile, repoussé à gauche et un peu en arrière. On sent la tumeur dans le cul-de-sac latéral droit.

Les urines un peu rares (850 à 900 gr. en vingt-quatre heures) sont acide, d'une densité de 1,012 et ne contiennent ni sucre, ni albumine, n acide phosphorique en excès.

Le diagnostic de *kyste multiloculaire* de l'ovaire encore sain, lors de la première opération, est indiscutable.

L'*opération* est faite le 24 juin 1883 avec l'aide de MM. Périer, Championnière et Berger, et en présence de M. le docteur Richelot fils et de mon ancien interne, M. le docteur Defontaine qui avait soigné la malade à la Salpêtrière lors de la première opération.

L'incision sur la ligue médiane est pratiquée avec précautions et sur le trajet même de l'incision faite lors de la première opération. La peau et les plans aponévrotiques sous-jacents sont confondus. Le péritoine est ouvert avec le bistouri et cette ouverture est agrandie en haut et en bas avec des ciseaux mousses.

Le kyste mis à nu adhère en haut et à gauche avec une anse d'intestin grêle; on dissocie lentement une partie de ces adhérences qui saignent beaucoup, mais cèdent peu à peu.

(1) *Revue de chirurgie*, t. II, p. 349.

Ponction du kyste avec le trocart moyen muni de l'aspirateur; le liquide visqueux et filant coule mal et la paroi kystique se déchire un peu au-dessus de l'ouverture faite par le trocart, si bien qu'il faut abriter le péritoine avec des éponges. On extrait ainsi environ 2 litres de liquide et une pince à kyste est placée sur l'ouverture de la paroi, due au coup de trocart.

L'ouverture de la paroi abdominale est agrandie en haut et en bas, et l'exploration avec la main, faire reconnaître que la tumeur très polykystique offre à droite un large pédicule, et qu'elle adhère en haut et à gauche à l'épiploon et à l'intestin grêle.

L'intestin est détaché peu à peu, mais en tirant sur la tumeur, ses parois minces se déchirent en plusieurs points. On ouvre alors largement la masse polykystique avec des ciseaux pour la vider complètement, ce qui s'obtient difficilement vu la viscosité du liquide qui remplit les diverses loges de la tumeur.

Enfin, soit en pressant l'abdomen, soit à l'aide d'éponges, on enlève ainsi environ 2 litres de matière visqueuse, comparable à du mucus nasal très épais et très adhérent.

La masse diminuée de volume est isolée à gauche de l'anse intestinale et de l'épiploon adhérents; à droite, les adhérences à la paroi sont facilement détruites.

Le pédicule est alors incomplètement sectionné entre deux pinces courbes; on attire un peu le kyste au dehors et une troisième pince courbe permet de l'isoler absolument à droite. Quelques adhérences sont encore détachées à gauche, entre la masse kystique et l'excavation. Enfin, la tumeur est enlevée, non sans peine, comme on vient de le voir.

Une ligature au catgut est placée sur l'épiploon; deux ligatures avec du fin catgut obturent les vaisseaux de l'intestin grêle adhérent; quatre ligatures en chaîne, avec du fil de soie, sont placées sur le pédicule fort large et situé à droite. Le pédicule est ensuite abandonné dans l'abdomen.

La toilette du péritoine est faite avec soin et on retire de nombreux caillots sanguins. La paroi abdominale est fermée par neuf sutures d'argent profondes.

L'opération, faite d'après les règles de Lister, a duré une heure et quelques minutes.

La première tumeur enlevée en 1879 pesait 3 kilog. 500 gr., et renfermait sept litres de liquide. Cette seconde tumeur pesait 1,440 gr. et renfermait environ cinq litres de liquide. Les deux tumeurs étaient des kystes multiloculaires types; toutefois la tumeur enlevée en 1879 présentait une grande poche, ce qui n'existait pas dans la tumeur opérée en 1883. Ici, le kyste était essentiellement multiloculaire; aussi la ponction avait-elle assez peu diminué son volume, et il fallut l'ouvrir largement pour vider la plus grande partie de ses loges.

24 au soir. — Bonne journée, pas de douleurs, pas de vomissements. Soif intense.

Resp. 24, pouls 104, temp. 38°8.

25. — Nuit calme, peu de sommeil, quelques coliques. Urines abondantes et claires.

Matin : resp. 21, pouls 100, temp. 38°6.

Soir : resp. 24, pouls 102, temp. 38°4.

26. — Quelques vomissements la nuit, quelques coliques. Pas de ballonnement du ventre. Etat général très satisfaisant; quelques douleurs de ventre au niveau de la suture abdominale.

Matin : resp. 26, pouls 98, temp. 37°8.

Soir : resp. 22, pouls 88, temp. 37°9.

27. — Nuit bonne; encore un vomissement après avoir bu un peu de lait. Dans la journée, un lavement simple fait rendre des gaz et soulage beaucoup l'opérée. Urines claires.

Matin : resp. 20, pouls 80, temp. 37°8.

Soir : resp. 21, pouls 78, temp. 38°2.

28. — Sommeil bon. On retire cinq points de suture profonds et on refait le pansement. La malade prend du lait et du bouillon avec appétit.

Matin : resp. 22, pouls 76, temp. 37°8.

Soir : resp. 20, pouls 78, temp. 38°4.

29. — Nuit bonne, malgré la chaleur qui est accablante. Appétit.

Matin : resp. 20, pouls 80, temp. 37°5.

Soir : resp. 22, pouls 82, temp. 37°8.

30. — On enlève les quatre derniers points de suture. La malade s'alimente bien

Matin : resp. 19, pouls 80, temp. 37°5.

Soir : resp. 19, pouls 78, temp. 37°6.

1er juillet. — Etat général très bon. Appétit.

Matin : resp. 21, pouls 74, temp. 37°4.

Soir : resp. 19, pouls 78, temp. 37°5.

2 juillet. — Même état

Matin : resp. 17, pouls 76, temp. 37°2.
Soir : resp. 22, pouls, 80, temp. 38°2.
3. — La malade accuse à droite un point de côté assez intense, mais ne tousse pas. Rien à l'auscultation, qu'un peu de diminution de la respiration de ce côté.
Matin : resp. 21, pouls 80, temp. 37°2.
Soir : resp. 24, pouls 98, temp. 38°4.
4. — Un peu de toux le matin. Même état; quelques râles.
Matin : resp. 22, pouls 80, temp. 37°4.
Soir : resp. 24, pouls 88, temp. 38°2.
5. — Un vésicatoire volant est appliqué sur le point douloureux où la respiration est plus obscure et où existent quelques râles.
Matin : temp. 37°3.
Soir : temp. 38°2.
6. — Toux presque nulle. La température oscille entre 37° et 37°2.
8. — La malade se plaint d'une légère douleur dans la fosse iliaque gauche, douleur qui siège au niveau d'une masse indurée, due probablement à la ligature de l'épiploon. On y applique un vésicatoire volant, et, deux jours après, les douleurs et l'induration ont presque disparu.
10. — La malade se lève pour la première fois, soit seize jours après son opération.
Mme C... quitte l'hôpital le 20 juillet et retourne dans son pays.
Le 27 octobre suivant, je revois Mme C..., qui jouit d'une excellente santé et d'un bon appétit; le sommeil est seul difficile.
Depuis sa deuxième opération, pas de règles, de plus, fréquentes poussées congestives vers la face, comme cela arrive aux femmes qui ont atteint la ménopause. La cicatrice est déprimée, a 11 centim. de long et n'offre pas d'éventration.

Quelques remarques peuvent être faites à propos de cette observation assez rare, puisque c'est la première que nous recueillons sur les 69 ovariotomies que nous avons pratiquées jusqu'à ce jour.

Nous avons noté à dessein les hésitations du professeur Verneuil sur la nature de la première tumeur, parce que ces hésitations sont fréquentes, et que très souvent il nous a fallu faire une ponction exploratrice pour distinguer un petit kyste d'un fibrome. Nous nous rappelons avoir vu opérer un kyste ovarique qui, quelques mois auparavant, avait été regardé comme un fibrome par un chirurgien dont la compétence ne fait de doute pour personne, Spencer Wells.

Chez notre malade, la première opération fut difficile (il y avait des adhérences pariétales, épiploïques et intestinales), si bien qu'elle dura une heure vingt minutes. Or, à ce moment, c'est-à-dire le 28 juillet 1879, le second ovaire, l'ovaire droit, était sain, et le fait a été consigné par mon interne, le docteur Defontaine, dans les notes qu'il m'a remises à propos de cette opération.

En fait, Mme C... resta guérie de août 1879 à avril 1883, c'est-à-dire quatre ans moins quatre mois; c'est en avril que la malade s'aperçut de l'augmentation de son ventre.

Le 24 juin 1883, seconde ovariotomie qui est aussi assez pénible, vu les adhérences multiples, et dure plus d'une heure; cette seconde opération permet d'extraire un kyste multiloculaire renfermant cinq litres de liquide et pesant 1,440 grammes, soit en tout 6 kilog. 1/2 à peu près.

En quatre années moins un mois, une tumeur de 6 kilog. 1/2 a donc pu se développer, ce qui nous paraît d'autant plus admissible, que dans nos relevés des opérations, nous trouvons beaucoup d'observations où la tumeur ne paraît dater que de deux et trois ans, voire même d'une année. Dans l'espèce, la malade ne s'en était aperçue que depuis trois mois seulement.

Un autre point intéressant, c'est que la première opération n'a nullement gêné la seconde intervention ; notons cependant l'adhérence intime des téguments aux aponévroses sous-jacentes, si bien qu'on est arrivé directement jusque dans la cavité péritonéale en incisant des tissus indurés, cicatriciels en un mot.

Actuellement, M[me] C... est bien guérie, et ses règles ont absolument disparu depuis la seconde opération ; il y a là une démonstration assez évidente de l'influence ovarienne sur l'écoulement menstruel, influence qu'on ne peut nier, malgré quelques faits plus ou moins discutables.

En résumé, on voit que deux opérations d'ovariotomie, et même deux opérations assez pénibles, ont pu être faites avec un entier succès sur une même femme, à quelques années de distance. C'est, on le sait aujourd'hui, un fait assez connu, mais le nombre de ces doubles ovariotomies n'est pas encore très considérable.

La spléno-pneumonie,

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 10 août 1883,

Par M. Grancher, agrégé de la Faculté, médecin de Necker.

Woillez (1) a décrit sous le nom de *Congestion pulmonaire simple* un état morbide du poumon très variable dans ses signes physiques et les allures de ses symptômes, tantôt primitif et indépendant, tantôt secondaire et lié à d'autres maladies du poumon ou à des affections générales.

Les observations de Woillez se rapportent à une maladie aiguë, fébrile et rapide puisque, dans les réflexions qui suivent l'histoire des faits, Woillez trouve que la durée moyenne de trois ou quatre jours assignée par son élève E. Bourgeois (2) à la congestion pulmonaire simple est trop longue. Il aimerait à fixer vingt-quatre à quarante-huit heures comme le temps moyen nécessaire à l'évolution de la congestion pulmonaire simple, si bien que la notion de *durée* est peut-être la plus constante de toutes celles qu'on trouve dans les observations de Woillez.

En effet, pour tout lecteur attentif l'auteur a voulu parler d'une maladie ou d'une complication pulmonaire très courte ; mais les signes de l'auscultation, de la palpation et de la percussion sont si variables qu'on trouverait difficilement deux cas semblables dans les observations qu'il rapporte. Tantôt la respiration est faible, et tantôt exagérée ; tantôt le murmure est rude, ou granuleux ou soufflant ou puéril, mélangé ou non de sibilance et de râles humides. Souvent, enfin, c'est le souffle bronchique limité à la racine des bronches avec ou sans crépitations qui devient le signe prédominant et unique de la congestion pulmonaire (p. 48 à 53).

Les vibrations vocales sont quelquefois diminuées manifestement, le plus souvent normales, jamais accrues (p. 51).

Enfin la sonorité peut être tympanique ou, au contraire, submate ou mate.

Malgré l'incertitude qui résulte de cette extrême variabilité des signes et symptômes, incertitude que la méthode analytique de Woillez tend à exagérer, il suffit d'un peu d'expérience des choses de la clinique pour accorder que tous ces signes isolés ou groupés, fixes ou immobiles peuvent se rencontrer dans la congestion pulmonaire..

Donc, le type décrit par Woillez doit rester.

C'est une maladie, survenant d'ordinaire après un refroidissement, débutant par un frisson et par un point de côté avec fièvre s'accompagnant de toux et de crachats, durant enfin de vingt-quatre heures à quatre jours. Les signes physiques les plus fixes sont la submatité, un souffle doux et des crépitations humides. La lésion est une congestion pulmonaire. Processus fluxionnaire et inflammatoire en même temps, il répond assez bien à l'idée que nous nous faisons d'une pneumonie avortée ou arrêtée dans son évolution.

(1) Woillez. *Traité clinique des maladies aiguës des organes respiratoires*, Paris, 1872 Delahaye, édit.

(2) E. Bourgeois. Thèse, Paris, 1870.

Entre cette congestion pulmonaire et la pneumonie lobaire franche, à côté de la broncho-pneumonie, *il existe un état morbide du poumon, sorte de pneumonie subaiguë, qui simule une pleurésie avec épanchement moyen, et qui mérite une description et une dénomination propres.*

L'observation d'un malade entré le 18 juillet dans mes salles me paraît tout à fait décisive.

R. E... est un jeune homme de 24 ans sans aucun antécédent pathologique héréditaire ou personnel.

Il y a trois mois, il se plaignit de souffrir d'un point de côté à gauche et vint à la consultation de Necker où des ventouses scarifiées furent prescrites et appliquées. La douleur se calma et R... reprit son travail; mais de temps en temps, quand il faisait un effort ou une grande inspiration, la douleur reparaissait vers la sixième côte. Pas de toux ni de crachats.

Le 12 juillet, six jours avant son entrée à l'hôpital il reçut une ondée et le soir même de ce jour un point de côté violent se fit sentir toujours à gauche; en même temps, survinrent un gros frisson et de la dyspnée. Dans les jours qui suivirent, R... fut forcé de garder la chambre, frissonnant et toussant un peu. Il vint à l'hôpital dans cet état et le soir de son entrée, le thermomètre marquait 38,5.

L'examen de la poitrine fit voir qu'il existait dans toute la partie inférieure du côté gauche depuis l'angle de l'omoplate jusqu'en bas tout le groupe des signes physiques de la pleurésie : matité avec affaiblissement considérable des vibrations, souffle aigu, broncho-égophonie, pectoriloquie aphone.

Le diagnostic des élèves fut : Pleurésie.

Cependant, malgré la constatation formelle des signes qui précèdent, je gardai par devers moi cette opinion que la plèvre était saine et qu'un état pathologique du poumon était la cause de tous les symptômes. Mais, doutant encore un peu de mon diagnostic, je priai mon collègue et ami M. Rigal de vouloir bien me donner son avis. M. Rigal pensa qu'il existait avec une congestion pulmonaire un léger épanchement *pleural*, et, pour lever toute incertitude, il fit, séance tenante, avec la seringue de Pravaz, une ponction exploratrice dans le point où l'égophonie lui parut le plus manifeste.

Cette ponction ne donna que quelques bulles d'air et une gouttelette de sérosité sanguinolente, l'aiguille étant entrée immédiatement dans le poumon (1).

Le lendemain et les jours suivants la fièvre fut nulle, mais les mêmes signes physiques persistèrent, le malade ne toussant pas, sauf quand il se mouvait; il était pris alors d'une petite toux sans expectoration.

Le 20 et le 21 juillet, je fis deux nouvelles explorations et je pus constater

(1) Il est bon de dire que cette exploration et celles qui suivirent furent tout à fait inoffensives. Pour se mettre à l'abri des accidents, il suffit de désinfecter la seringue en la lavant à l'eau bouillante et en changeant les rondelles du piston. Mais ce mode de désinfection est inapplicable à la seringue de Pravaz ordinaire, car l'eau bouillante dissout l'agglutinatif du cylindre de verre et de l'armature métallique, et l'instrument est perdu. Il faut user d'une seringue dont toutes les pièces, aiguilles, corps de pompe, armature, piston, peuvent se séparer pour la désinfection et se rajuster ensuite. L'eau bouillante altère les cuirs du piston, qui devront être changés chaque fois ainsi que les rondelles placées au fond de l'armature. Il faut donc se munir d'une douzaine de ces rondelles de rechange et du petit cylindre conique en métal nécessaire pour modeler les cuirs du piston avant de les introduire dans le corps de pompe.

Je ne crains pas d'entrer dans ces détails parce que les gaînes de cette seringue ne contenant pas de place pour le cylindre à mouler, celui-ci ne se trouve pas dans la boîte que vendent les fabricants. Or, on ne peut guère, sans lui, changer les rondelles du piston. Il est bon de savoir enfin qu'il faut avoir, pour le rechange, des rondelles de piston et des rondelles d'armature, ces dernières étant quelquefois oubliées.

Quand on se sert de la seringue ordinaire, il faut laver l'aiguille à l'eau bouillante et nettoyer, avec une solution phéniquée au 1/100e ou une solution de sublimé au 1/1000e, le corps de pompe et le piston; puis on flambe légèrement l'aiguille avant d'opérer.

que la seringue contenait des bulles d'air et un peu de sang dès que la pointe de l'aiguille avait pénétré à 8 ou 9 millimètres de profondeur; ce qui revient à dire, étant donné l'embonpoint moyen du sujet, que la plèvre n'avait subi aucun épaississement et que le poumon était appliqué contre la paroi thoracique. J'ai fait sur le cadavre, avec une aiguille ordinaire, des ponctions ayant pour but de mesurer l'épaisseur de la peau, du tissu cellulaire, des muscles et de la plèvre costale dans le sixième et septième espace intercostal à l'angle postérieur des côtes, et j'ai trouvé une épaisseur moyenne de 8 à 10 millimètres.

Le 22 juillet, je priai M. le professeur Potain de voir le malade, et je le mis au courant des incidents que je viens de raconter. M. Potain reconnut que les signes plaidaient en faveur d'une congestion pulmonaire avec épanchement et me dit que, si la preuve de la non-existence de cet épanchement n'avait pas été faite, il n'eût pas hésité à admettre la présence d'une petite couche de liquide.

J'ai, depuis ce jour, soumis ce malade à l'examen de deux de mes collègues, MM. R. Moutard-Martin et Tapret, de plusieurs de nos confrères estimés, MM. Gimbert, Roustan, Daremberg, Mahé et de plusieurs internes qui tous, dans l'ignorance de mes explorations, conclurent à l'existence d'une pleurésie. En effet, non seulement les signes de la pleurésie étaient réalisés, mais encore toute l'évolution de la maladie, son début, sa marche, sa localisation, etc..., de sorte que l'idée d'un épanchement pleural s'imposait à un examen un peu sommaire. Il fallait pour conclure comme MM. Potain et Rigal à la présence d'une congestion pulmonaire avec un peu de pleurésie, tenir grand compte de *la qualité* du souffle et de l'égophonie.

Pour toutes ces raisons, très fortes, comme on le voit, notre collègue M. Blachez, à qui je montrai le malade, persista à penser qu'il existait une pleurésie gélatineuse, sinon une pleurésie avec épanchement. Il me semble toutefois difficile de faire cadrer cette opinion avec la preuve fournie par l'aiguille capillaire, que le poumon est à 8 ou 9 millimètres de la surface de la peau. Comment expliquer dans ces conditions que la matité, la diminution des vibrations, le souffle, etc., soient dus à un état pathologique de la plèvre? MM. Potain et Rigal n'ont pas hésité à admettre avec moi que le poumon était, dans ce cas, et au moment de leur examen, seul responsable de tous les symptômes sans participation sérieuse de son enveloppe.

La suite de l'observation est intéressante.

Une amélioration sensible commençait à se produire, le souffle était plus circonscrit, la broncho-égophonie plus faible, les vibrations reparaissaient et la douleur du côté diminuait quand R... descendit au jardin sans permission. Il ne dit pas avoir éprouvé unee sensation de froid; cependant, le soir même, la douleur revint plus intense, quoique sans fièvre, sans frisson et sans toux (26 juillet).

Le 27 juillet, nous constatons que l'état physique a reparu à peu près tel que le premier jour. Il semble donc que la rechute ait été la conséquence de la promenade du jardin. Etat stationnaire jusqu'au 8 août.

A partir de cette date jusqu'au 29 août, l'amélioration fut lente, progressive et régulière. La sonorité reparut peu à peu avec les vibrations pendant que le souffle, la pectoriloquie aphone, les crépitations et l'égophonie disparurent. A aucun moment de cette longue période de convalescence, on ne put entendre le moindre frottement pleurétique.

L'apyrexie fut complète depuis le lendemain de son entrée à l'hôpital (19 juillet), malgré la rechute à laquelle nous avions assisté. L'appétit s'était maintenu bon, la digestion satisfaisante.

R... quitta mon service le 29 août, guéri sans aucune intervention thérapeutique. Cependant il existait encore au niveau de la lésion pulmonaire une respiration, inspiration surtout, rude et granuleuse; ce même caractère

de la respiration se retrouvait un peu partout, même au sommet du poumon gauche.

C'est la trace persistante d'une congestion diffuse que nous avions notée dès l'origine sous la clavicule où le schème II : son +, vibrations +, respiration — un peu rude, s'est rencontré pendant tout le cours de la maladie.

J'ai revu ce malade deux fois un et deux mois après sa sortie de l'hôpital, et les signes physiques d'une congestion diffuse et générale du poumon gauche persistaient, ce qui ne laisse pas de me préoccuper pour l'avenir.

Tel est, sans plus de commentaires, le fait autour duquel il sera facile, je crois, de grouper des faits analogues ou voisins. (*A suivre.*)

Du rétrécissement très étroit de la tricuspide,

Lecture faite dans la séance du 23 juin 1883 à la Société de médecine de Paris,

Par le docteur P. Duroziez, ancien chef de clinique.

Le rétrécissement très étroit de la tricuspide dégagé de toute autre lésion valvulaire est très rare; nous ne pouvons en fournir qu'un exemple; nous avons vu le malade, mais non l'autopsie dont les renseignements nous ont été communiqués par M. Foley, interne à la Charité.

Presque toujours la lésion mitrale sous la forme d'un rétrécissement accompagne la lésion de la tricuspide, et presque toujours le rétrécissement mitral est plus accentué que le tricuspidien; le plus souvent, dans les deux tiers des cas, la lésion aortique se mêle aux deux précédentes. Avec le rétrécissement tricuspidien d'origine congénitale nous trouvons le rétrécissement pulmonaire.

Le docteur Bedford-Fenwick cite, dans *Transactions of the pathological Society*, of London 1881, deux cas de rétrécissement extrême de l'orifice de la tricuspide et étudie quarante-six cas de rétrécissement qu'il a pu réunir dans les différents recueils de l'Angleterre et de l'étranger. Notre nom figure dans treize cas sur quarante-six. Le docteur Fenwick a le soin d'indiquer le degré du rétrécissement qui laisse passer trois doigts dans un cas; deux doigts dans huit cas; un doigt dans vingt; le bout d'un doigt dans huit; le diamètre n'est pas suffisamment indiqué dans neuf cas.

Pour les deux cas qu'il cite, le diagnostic ne paraît pas avoir été posé; ou, du moins, l'auteur ne le dit pas.

Il a noté la distension des jugulaires mais non le pouls veineux. Dans le premier cas, l'orifice mesurait 51^{mm}; dans le deuxième, 32^{mm}; ce qui représente moins d'un doigt, si nous admettons 55^{mm} comme circonférence d'un doigt.

Dans le premier cas il a noté : « Le bruit présystolique, d'abord distinctement localisé à la pointe, s'est fait entendre à la fin sur une large surface et très distinctement au bord du cartilage ensiforme. Dans le deuxième cas, un frémissement présystolique bien marqué se faisait sentir sur la plus grande partie de la surface cardiaque et principalement à droite du mamelon; de plus, un bruit présystolique intense, ayant son maximum à droite du mamelon, mais perceptible aussi à gauche; et le docteur Samuel Fenwick a remarqué que le maximum sautait d'un côté à l'autre, n'étant jamais également fort des deux côtés du cœur en même temps. »

Voici les conclusions de l'auteur : « Le rétrécissement de la tricuspide n'est pas très rare. Il est beaucoup plus commun chez les femmes que chez les hommes, peut-être dans la proportion de sept à huit contre un. Il est toujours associé au rétrécissement de l'orifice mitral. Dans environ un quart des cas, l'orifice aortique est aussi rétréci. Dans la moitié des cas, il y a eu

un rhumatisme aigu ou subaigu. Le rétrécissement de la tricuspide, quand on le trouve chez l'adulte, est acquis, et très rarement, peut-être jamais, il n'est d'origine congénitale. »

Le professeur Lépine (Société des sciences médicales de Lyon, 1882), a publié un cas de rétrécissement considérable de la tricuspide qui n'avait pas été diagnostiqué pendant la vie.

Nous ne voyons qu'un point sur lequel tous les auteurs s'entendent : le rétrécissement n'a pas été diagnostiqué.

Que notre très distingué ami le professeur Lépine nous permette quelques remarques sur sa très intéressante observation.

« L'augmentation de volume, dit-il, porte exclusivement sur le ventricule droit dont les parois sont très hypertrophiées ; énorme volume de l'oreillette droite qui est vraiment colossale avec développement tout à fait insolite des colonnes charnues. La cavité du ventricule droit est très dilatée ; les piliers charnus ont une épaisseur tout à fait insolite. Les colonnes charnues de l'oreillette droite sont très saillantes ; l'auricule est très développée. L'oreillette gauche est fort volumineuse, mais sa musculature n'est pas hypertrophiée ; quant au ventricule gauche, il est atrophié. » Toute la force est donc du côté du ventricule droit et de l'oreillette droite. Comment Lépine peut-il dire : « Aucun bruit anormal particulier du cœur droit n'a pu être constaté, cela ne saurait surprendre ; les bruits anormaux du cœur droit par le fait de *leur faiblesse relative* étaient nécessairement masqués par les bruits mitraux. » Evidemment on ne peut invoquer la faiblesse relative ; il est probable qu'on entendait les bruits du cœur droit plutôt que ceux du cœur gauche. Pourquoi le cœur droit n'enverrait-il pas ses bruits à la pointe, comme le peut faire le cœur gauche ? Nous nous trompons sur les aptitudes du cœur droit à faire du bruit et nous l'accusons de faiblesse quand il est le plus fort. Il fallait dire qu'on l'avait méconnu.

Le terme rétrécissement est bien vague ; où le rétrécissement commence-t-il ? Pour nous une mitrale ou une tricuspide n'ont pas un orifice rétréci quand cet orifice laisse passer deux doigts ; il peut être insuffisant, il n'est pas rétréci ; on n'entend pas les bruits du rétrécissement, on n'entend que celui de l'insuffisance. Au-dessous de deux doigts jusqu'à un doigt, on entend les bruits du rétrécissement, et le souffle de l'insuffisance peut exister. Au-dessous d'un doigt, on n'entend plus que les bruits du rétrécissement, le souffle de l'insuffisance devient très rare.

Si nous n'étudions que les cas de rétrécissement tricuspidien laissant à peine passer un doigt, le rétrécissement mitral qui accompagne celui-ci étant presque toujours plus accentué que lui, nous sommes débarrassé de l'insuffisance mitrale et tricuspide, mais nous avons encore la lésion de l'orifice aortique qui se trouve au même niveau que l'orifice tricuspidien.

Cette lésion de l'orifice aortique peut nous gêner dans le diagnostic. Les signes généraux de l'insuffisance aortique sont atténués par la présence des deux rétrécissements tricuspidien et mitral, et on est disposé à négliger l'insuffisance aortique. Si on entend au deuxième temps un bruit sibilant au niveau du sternum, on peut avoir l'idée d'un rétrécissement de la tricuspide qui n'existe pas.

La dilatation de l'aorte peut produire, comme le rétrécissement de la tricuspide, de la matité sous le sternum et au niveau des cartilages costaux droits, et de plus la dilatation par compression de la veine cave supérieure ; il y a là un embarras, mais on a d'autres signes des anévrysmes de l'aorte. De plus, le rétrécissement de la tricuspide est accompagné du rétrécissement mitral, tandis que l'anévrysme de l'aorte l'est beaucoup plus rarement.

Si avec les signes du rétrécissement mitral nous trouvons des jugulaires très grosses, et si nous ne constatons pas de souffle au premier temps, nous pouvons peut-être admettre un rétrécissement étroit.

Le pouls veineux peut-il nous guider? En théorie, nous devons trouver le pouls veineux présystolique; mais le trouve-t-on dans la pratique? Nous croyons que non. Peut-être y a-t-il un défaut d'observation.

Lépine a noté les veines du cou gorgées, mais ne présentant pas de pouls.

Chez la nommée Masse, nous avons noté des battements veineux très accentués; le choc veineux précédant nettement le choc carotidien; choc veineux précédé lui-même de mouvements très nets.

Chez Wolff, les jugulaires énormes restent toujours pleines et battent; c'est un pouls veineux type. Nous ne notons pas la forme présystolique.

Chez Soulier, nous constatons le pouls veineux et des veines gorgées.

Chez Bernard, jugulaires distendues; stase plutôt que pouls veineux.

Laforest, jugulaires grosses et battantes.

Pels, pouls veineux mal dessiné. La veine se vide après le pouls radial. Pouls veineux.

Grenot, jugulaires distendues, toujours pleines, animées de battements dont il est difficile d'apprécier le rhythme.

Lemaréchal, jugulaires distendues, toujours pleines.

En somme, dans le seul cas de Masse, nous avons noté un mouvement présystolique; peut-être les observateurs sont-ils en défaut. Il y a là un point à éclairer.

Avouons franchement que nous ne sommes arrivé au diagnostic vérifié par l'autopsie qu'une fois chez la femme Wolff dont M. Bouchard a fait l'autopsie. Le bruit du rétrécissement mitral se diffuse trop pour affirmer que le bruit de rétrécissement entendu à droite dépend de la tricuspide et non de la mitrale.

Le diagnostic est encore à faire, bien que nous ayons affirmé à M. Bouchard qu'il avait dû trouver un rétrécissement de la tricuspide chez la femme que nous avions examinée. Par un fâcheux hasard, M. Bouchard n'a pas pu nous renseigner sur l'état de l'orifice aortique. L'insuffisance aortique ne nous avait pas paru douteuse et expliquait le souffle aigu du deuxième temps. Il est remarquable que M. Bouchard mentionne la non insuffisance de la tricuspide à l'autopsie : probablement ni Béhier ni lui n'avaient constaté pendant la vie le souffle de l'insuffisance; cela serait conforme à nos idées. Dans un article : « Du rhythme pathognomonique du rétrécissement mitral », *Arch. de méd.*, oct. 1862, nous écrivions : « Nous suivons dans les hôpitaux une femme Wolff que nous pensons atteinte d'un double rétrécissement auriculo-ventriculaire. »

Wolff, 27 ans, salle Sainte-Anne, hôpital de la Charité. Service du professeur Piorry.

6 avril 1861. Pouls très petit, un peu irrégulier et inégal. Rhythme du rétrécissement mitral. Souffle piaulant au deuxième temps, sternal. Cœur gros. Jugulaires distendues. Pas de double souffle crural.

9 avril. Beau pouls veineux. Cœur très gros. Développement des cavités droites. Souffle piaulant au deuxième temps au niveau de l'orifice aortique. Beau frémissement au deuxième temps, au niveau des cavités gauches. Pas de double souffle crural. Pouls irrégulier, inégal.

11 avril. Souffle au deuxième temps, sibilant; dilatation des cavités droites. Veines jugulaires turgides. Ronflement au deuxième temps au niveau de la mitrale; frémissement au deuxième temps. Pas de double souffle crural.

13 avril. Pouls irrégulier et inégal. Gonflement remarquable des jugulaires, qui ressemblent aux artères de l'insuffisance aortique; elles battent et restent toujours pleines. Soulèvement du sternum. Matité sous les cartilages costaux droits. Au premier temps, souffle sourd; au deuxième temps, souffle sibilant, piaulant, ayant son maximum d'intensité tout à fait au scrobicule, s'étendant sur tout le ventricule droit. A gauche, magnifique frémissement au deuxième temps, répondant à un ronflement qui se prolonge pendant tout le deuxième temps. Pas de vestige de double souffle crural.

21 mai. Pas de double souffle crural. Souffle au deuxième temps au niveau de la moitié inférieure du sternum. Rhythme du rétrécissement mitral à gauche. Jugulaires distendues.

24 mai. Pas de double souffle crural. Souffle sternal sibilant au deuxième temps. Au niveau de la tricuspide, double bruit un peu rude, le second couvert par le souffle qui se rapporte à l'orifice aortique malgré l'absence du double souffle crural.

Je revois cette femme en janvier 1862, à la Pitié, dans le service de Béhier.

Le rétrécissement de la tricuspide est plus net. Le pouls est petit, un peu irrégulier et inégal. La gêne de la respiration est notable sans être considérable. La teinte de la figure est violâtre ; les mains ne sont pas œdématiées ; il y a du sérum dans le péritoine Les jugulaires sont énormes et battent ; c'est un pouls veineux type. Matité à droit du sternum. Double frémissement fin à droite comme à gauche. Mêmes phénomènes stéthoscopiques à droite et à gauche, c'est-à-dire souffle au premier temps, ronflement au deuxième temps. Dans le troisième espace contre le sternum, souffle au deuxième temps d'insuffisance aortique et en même temps souffle au deuxième temps un peu vague dans la crurale.

Je revois cette femme le 2 mai et je persiste dans mon diagnostic. L'état de la malade est encore passable ; elle ne se plaint pas trop. Depuis un mois on a fait quatre fois la paracentèse et le ventre est déjà gros. La malade peut se tenir presque couchée ; la figure est modérément cyanosée, à peine bouffie ; les jambes sont œdématiées et deviennent énormes quand la malade se lève. Le pouls à 66 est à peu près régulier, petit, un peu vibrant ; c'est un pouls compliqué. Le cœur est très gros, s'étend à droite jusque sous les cartilages costaux, il bat peu, on voit mal les mouvements. La main sent surtout un frémissement au deuxième temps au niveau des cavités gauches. Les frémissements des cavités droites sont difficiles à percevoir. A gauche, on trouve le rhythme du rétrécissement mitral ; on n'entend pas à la pointe un souffle aigu. Au niveau de l'orifice aortique, on perçoit un double souffle ; la seconde partie du souffle a son maximum d'intensité vers l'épigastre où elle prend un timbre presque aigu sans être piaulant, c'est bien un souffle qu'on ne peut rapporter qu'à une insuffisance aortique bien qu'on n'entende pas de double souffle crural ; dans l'artère crurale on entend un choc ; il passe très peu de sang dans l'artère. Le souffle du premier temps prend son maximum d'intensité sous les cartilages costaux droits. Enfin au niveau de l'orifice de la tricuspide, on entend au deuxième temps un ronflement moins fort que celui de gauche.

Je vais à la Pitié vers la fin de septembre 1862. Cette femme est morte en juin. M. Bouchard veut bien nous remettre la note suivante : « Cadavre considérablement infiltré. Ecume sanguinolente à la bouche et aux narines. Traînées noirâtres le long des veines superficielles. Sur l'abdomen, dans les points envahis par l'érysipèle, le derme a perdu sa coloration rouge, l'épiderme se détache en lambeaux. Plaque gangréneuse au niveau du point où a été pratiquée la ponction ; cette plaque intéresse toute l'épaisseur de la peau ; au-dessous, infiltration sanieuse des différentes couches jusqu'au péritoine ; la séreuse pariétale, au voisinage du point perforé, est épaissie, ardoisée, grisâtre ; on trouve çà et là quelques fausses membranes puriformes, non adhérentes. Le liquide de l'ascite très abondant est légèrement trouble.

Le péricarde contient un peu de sérosité transparente. Le cœur est très volumineux. Les oreillettes sont considérablement dilatées par des caillots noirs. A droite, rétrécissement sans insuffisance de l'orifice auriculo-ventriculaire ; cet orifice admet à peine l'extrémité de l'index ; le rétrécissement est assez régulièrement circulaire, produit par des faisceaux fibreux situés au niveau du bord adhérent de la valvule ; il n'y a pas de production cartilagineuse, pas d'incrustation calcaire. A gauche, rétrécissement et insuffisance mitrale ; ce rétrécissement est moins considérable qu'à droite ; l'insuffisance est assez prononcée ; elle est due à l'épaississement et à l'induration de la valvule mitrale dont les deux portions ne s'appliquent plus l'une contre l'autre que d'une manière incomplète. »

(A suivre.)

BIBLIOTHÈQUE

MANUEL PRATIQUE DES MALADIES DE L'ENFANCE, par M. le docteur EDWARDS ELLIS, traduit de l'anglais par M. L. WAQUET, et précédé d'une préface par M. CADET DE GASSICOURT. Paris, 1884. O. Doin.

Dans son pays d'origine, le livre de M. Ellis a obtenu la faveur de quatre éditions rapidement épuisées ; il traverse donc la Manche avec une bonne renommée que l'excel-

lente traduction de M. Waquet contribuera à rendre plus générale encore. A quelle cause faut-il attribuer ce succès?

Après avoir pris lecture de cet ouvrage, on y constate cependant l'éloignement systématique de toutes les discussions qui, habituellement, passionnent le public médical; on y cherche en vain des controverses ou l'exposé des théories nouvelles; on n'y rencontre pas non plus de longues dissertations didactiques sur l'étiologie, ou bien la nosologie des maladies infantiles! Ce n'est donc pas là un traité complet des maladies de l'enfance ou un de ces manuels complets de pathologie infantile destinés à demeurer classiques et à faire époque, comme celui que M. Descroizilles vient de publier.

Après avoir énuméré ce que ce livre ne contient pas, il reste à montrer ce qu'il renferme et ce qui a fait sa fortune en Angleterre, et ce qui peut lui mériter la même faveur en France. M. Ellis a voulu surtout confier au public, et dans une forme qui ne manque pas d'élégance, les résultats de son expérience et de ses lectures. A la différence d'autres livres exotiques, il possède une saveur d'originalité, une sorte de goût de terroir dont M. Cadet de Gassicourt fait, dans une spirituelle préface, nettement ressortir le caractère.

Depuis quelques années, des traducteurs dévoués nous ont fait connaître les particularités de la pathologie infantile en Allemagne ou en Angleterre. Avec M. Ellis, nous voyageons bien aussi sur les bords de la Tamise; mais nous n'allons pas seulement à l'hôpital ou dans les cliniques: il nous introduit dans la famille anglaise, nous initie à ses habitudes et à ses mœurs. A ce point de vue, la lecture de plusieurs chapitres de ce livre ne manque ni d'attraits pour le praticien tout occupé des exigences de sa clientèle, ni d'utilité pour le médecin encore novice.

Bien que des descriptions pathologiques, exactes et substantielles d'ailleurs, occupent la majeure partie du livre, M. Ellis s'est surtout attaché au développement des chapitres de l'hygiène de l'enfant malade, de son régime alimentaire et de sa thérapeutique. C'est ainsi que, dans les premières pages, il énumère tous les soins dont l'enfant doit être l'objet pendant les deux années qui suivent la naissance, et aussi quels ils sont dans les pays de langue anglaise. Ici, assurément, on ne partagera pas toujours les opinions un peu indulgentes de l'auteur sur la valeur alimentaire des substances préconisées dans le régime des nourrissons: farines variées de noms plus que de qualités, laits de toutes provenances, biscuits non moins fameux; mais on conviendra néanmoins que ce sujet pratique est trop fréquemment négligé et oublié par les auteurs.

Il en est de même de la composition et de l'ordre des repas qu'il indique longuement et qu'il complète par de nombreux détails sur la manutention des aliments. M. Ellis n'éprouve aucune hésitation à conduire le lecteur jusque dans le sous-sol du *home* anglais, à l'initier aux artifices de la préparation des aliments et à la confection des thés de bœuf, des bouillons divers, des crèmes, des gelées, des puddings et même des lavements nutritifs. Brillat-Savarin lui-même serait satisfait des recettes culinaires où l'art des Vatels anglais se fait parfois l'auxiliaire de la pharmacie, et où la fabrication du fromage à la crème prend place à côté de la manière d'aromatiser l'huile de ricin!

Le même luxe de détails pratiques a été prodigué dans un long chapitre consacré à la thérapeutique et dans la rédaction de l'instructif formulaire qui termine le volume. M. Waquet a annoté cette partie et indiqué soigneusement la correspondance entre les poids médicinaux des pharmacopées anglaise et française.

Ce petit livre, complément de plus grands ouvrages sur les maladies de l'enfance, aura donc à la fois un succès de curiosité, parce qu'il est original, et un succès d'équitable estime, parce qu'il est réellement pratique. — C. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 novembre. — Présidence de M. Reliquet.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Dubuc, au sujet du procès-verbal, demande si la candidature de M. Loison au titre de membre correspondant est dans des conditions régulières, le travail lu à l'appui ayant déjà été publié.

M. le Président répond que, d'après les règlements de la Société, quand il s'agit d'une

candidature au titre de membre correspondant, il n'est pas exigible que le travail présenté à l'appui soit inédit.

La correspondance imprimée comprend les journaux périodiques de la quinzaine : le *Progrès médical*, le *Concours médical*, le *Journal d'hygiène*, la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, le *Journal des sages-femmes*, le compte rendu général des Académies et Sociétés savantes de la France et de l'étranger, la *Gazette médicale de Picardie*, la *Revue des travaux scientifiques*, publiée par le ministère de l'instruction publique.

M. Dubrisay s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

M. de Ranse appelle l'attention de la Société sur une nouvelle publication que vient de fonder M. Octave Doin, éditeur, un recueil hebdomadaire des comptes rendus des Académies et Sociétés médicales dont il a, du reste, envoyé un spécimen. M. Doin fait appel aux Sociétés pour le seconder dans son œuvre.

M. le Président dit que cette proposition doit être renvoyée au conseil d'administration, auquel seront appelés MM. de Ranse et Richelot.

M. Charrier, souffrant depuis longtemps, demande à être élu membre honoraire.

M. le Président désigne, pour l'examen de cette proposition, une commission omposée de MM. Perrin, Gillebert d'Hercourt et Duroziez, rapporteur.

M. Apostoli, élu récemment membre titulaire, assiste à la séance.

M. Richelot a la parole pour la lecture de son rapport sur la candidature de M. Millot-Carpentier au titre de membre correspondant.
Ce rapport conclut à l'acceptation.
Les conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

M. Charpentier lit une communication intitulée: Variole simple, injection sous-cutanée d'éther, paralysie consécutive du membre inférieur droit.

M. Duroziez lit son rapport sur la candidature à l'honorariat de M. Charrier, et conclut à l'acceptation.
La Société votera dans la prochaine séance.

M. le docteur Chabassu, de Brest, envoie, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, une série de mémoires:
1° Traitement rationnel et curatif du choléra;
2° Moyens employés pour guérir le choléra pendant l'épidémie de Brest;
3° Moyens employés pour guérir la variole;
4° Moyens employés pour guérir la fièvre typhoïde;
5° Traitement rationnel, curatif et préventif de la fièvre jaune.
Ces travaux sont renvoyés à une commission composée de MM. Richelot, Perrin et Rougon, rapporteur.
Le dépouillement du scrutin, ouvert pour la nomination des cinq commissaires chargés de fixer le prix Duparcque à décerner en 1885, donne la majorité des voix, au premier tour de scrutin : à MM. Thevenot, Richelot, Polaillon ; au deuxième tour: à MM. de Ranse, de Beauvais.

M. Thevenot est chargé de convoquer la commission.
La séance est levée à cinq heures dix minutes.

Le secrétaire annuel, Dr Fauquez.

Séance du 24 novembre 1883. — *Présidence de* M. Reliquet.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.
La correspondance imprimée comprend les journaux périodiques de la quinzaine : le *Progrès médical*, le *Journal d'hygiène*, le *Concours médical*, les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, le *Journal des sages-femmes*, le *Bulletin médical de l'Aisne*, année 1881-1882, la *Revue des travaux scientifiques*.

M. le docteur Lardier, de Rambervillers, membre correspondant, adresse à la Société

un mémoire intitulé: *Du coup de fouet ou diastasis musculaire, et sa guérison immédiate par la faradisation.*

M. le docteur Perrin présente de la part de M. le docteur Moncorvo, de Rio-Janeiro, membre correspondant, un mémoire écrit en portugais, intitulé: *De la dilatation de l'estomac chez les enfants en bas âge, et de son traitement.*

La Société charge M. Perrin de lui rendre compte de ce travail dans l'une des prochaines séances.

M. Duroziez annonce la mort de M. Alvarenga, de Lisbonne, membre correspondant.

M. de Beauvais présente à la Société un mémoire de M. le docteur Rougier, de Marseille, membre correspondant, qui a pour titre: *Étude sur les virus.*

M. le docteur Paul Fabre, de Commentry, membre correspondant, assiste à la séance.

M. Budin prend la parole pour une communication sur une présentation du dos, dans un cas de grossesse gémellaire, avec épanchement sanguin entre les membranes des deux œufs.

M. Duroziez lit une note sur le souffle sibilant de l'insuffisance aortique.

M. Besnier demande à M. Duroziez quelle importance peut avoir, dans l'insuffisance aortique, le souffle sibilant, au point de vue de la gravité du pronostic.

M. Duroziez répond que dans le travail qu'il a présenté à la Société sur les bruits organiques du cœur d'origine traumatique, il y avait une vingtaine d'observations. Dans six de ces observations, il y avait un souffle sibilant au deuxième temps. Ce souffle se produit dans le cas de grandes lésions. La sibilance au deuxième temps est un signe grave.

M. Dubuc lit son rapport sur la candidature de M. Loison au titre de membre correspondant, et conclut à l'acceptation.

Les conclusions du rapport, mises aux voix, sont adoptées.

M. Charrier est élu membre honoraire à l'unanimité des suffrages.

M. Millot-Carpentier est élu membre correspondant.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Dr Fauquez.

Académie de médecine

PRIX DE L'ACADÉMIE POUR 1882.

Prix de l'Académie, 1000 fr. — *De l'athérome artériel généralisé et de son influence sur la nutrition des organes.* — M. Hippolyte Martin.

Prix Portal, 2,000 fr. — *Le système lymphatique au point de vue pathologique.* — M. A. Poulet, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Prix Civrieux, 2,000 fr. — *Recherches sur les causes de l'ataxie locomotrice.* — MM. Landouzy et Ballet.

Prix Capuron, 2,000 fr. — *Des lochies dans l'état normal et dans les états pathologiques.* M. Eustache, de Lille.

Prix Barbier, 4,000 fr. — M. Willems, d'Hasselt (Belgique), travaux sur l'*inoculation de la pleuro-pneumonie.*

Prix Godard, 1,500 fr. — *Pathologie interne.* — Partagé entre MM. Leloir (*affections cutanées d'origine nerveuse*); Faltz et Ritter, de Nancy (*urémie expérimentale*). — Mentions honorables à MM. A. Borius et Gilbert Ballet.

Prix Desportes, 2,000 fr. — *Thérapeutique médicale et pratique.* — Encouragements : 1,000 fr. à M. Duroziez ; 500 fr. à M. Capmas ; 500 fr. à M. Liégeois, de Bainville-aux-Saules.

Prix H. Buignet. — Mention honorable à M. Gaucher (de Paris).

Prix Orfila. — 4,000 fr. — Pas de concurrents.

Prix Hard, triennal, 3,000 fr. — *Médecine pratique ou thérapeutique appliquée.* — Par-

tagé entre MM. Sanné (*Traité de la diphthérie*), A. Poulet (*Traité des corps étrangers en chirurgie*), P. Latteux (*Manuel de technique microscopique*).

Prix Falret, 1,500 fr. — *Des vertiges avec delire.* — M. Paul Garnier, inspecteur des asiles d'aliénés de la Seine.

Prix Saint-Lager. — Pas de concurrents.

Prix Saint-Paul.— *Remède contre la diphthérie.*— Encouragement de 500 fr. à M. Leloir (*Structure et développement des productions pseudo-membranes*).

Prix de l'hygiène de l'enfance, 1,000 fr. — *Du sevrage et de son étude comparative dans les différentes régions de la France.* — Partagé entre MM. Aubert, médecin-major, et L. Bec, de Mézel (Basses-Alpes). — Médailles d'argent à MM. Caradec (de Brest) et Coutaret (de Roanne); médailles de bronze à MM. Deligny (de Toul), John Lemoine et Gauché (de Bayonne).

PRIX PROPOSÉS POUR 1884.

Prix de l'Académie. — De la présence des bacilles dans les crachats et de leur valeur séméiologique.

Prix Portal. — Anatomie pathologique des cancers.

Prix Civrieux. — De la sclérose en plaques disséminées.

Prix Capuron. — Traumatisme et grossesse, leur influence réciproque.

Prix Daudet. — Du lymphadénome.

Prix Falret. — Des folies diathésiques.

Prix Orfila. — De la vératrine, de la sabadilline, de l'ellébore noir et du varaire blanc.

Prix de l'hygiène de l'enfance. — De l'étiologie et de la prophylaxie de la scrofule dans la première enfance.

COURRIER

M. Dubar, bachelier ès sciences et ès lettres, est nommé aide du laboratoire des cliniques, à la Charité, en remplacement de M. Bergeron, démissionnaire.

M. Faisans, chef des travaux anatomiques du laboratoire des cliniques à la Pitié, est chargé, en outre, des fonctions de chef des travaux cliniques au même laboratoire, en remplacement de M. Guignard, appelé à d'autres fonctions.

M. Monange, bachelier ès lettres et ès sciences, est délégué dans les fonctions de préparateur de chimie biologique, en remplacement de M. Jay, démissionnaire.

Faculté de médecine de Bordeaux. — MM. Conil et Hédou sont nommés aides d'anatomie, en remplacement de MM. Maubrac, démissionnaire, et Princeteau, apppelé à d'autres fonctions.

— Un concours pour la nomination à deux places d'élèves internes en médecine dans l'asile d'aliénés de Marseille s'ouvrira le 21 février 1884, à deux heures de l'après-midi. Les élèves en médecine qui désirent concourir doivent être pourvus de 16 inscriptions de doctorat, et se faire inscrire avant le 17 février prochain.

Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mars 1884; ils sont nommés pour trois ans, touchent un traitement annuel de 800 francs et sont logés, nourris, chauffés et éclairés.

— La Société d'anthropologie de Paris a procédé, dans une de ses dernières séances, au renouvellement de son bureau pour l'année 1884.

Ont été élus : Président, M. le docteur Hamy; vice-président, M. le docteur Dureau; deuxième vice-président, M. le docteur Letourneau; secrétaire général, M. le docteur Topinard; secrétaire général adjoint, M. Girard de Rialle; secrétaires annuels, M. le docteur Prat et M. Issorat; conservateur des collections, M. le docteur Collineau; archiviste, M. Vinson; trésorier, M. Leguay.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 décembre 1883, la chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants à la Faculté de médecine de Paris, est déclarée vacante.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

La Rubéole

(Rubeola. Roseola febrilis. Rœtheln. Epidemie Roseola. German Measles. Hybrid Measles. Rubelle. Rubeole).

C'est à peine si la discussion commence à s'établir en France, sur l'existence d'une affection du cadre des exanthèmes fébriles, depuis un certain temps déjà distinguée et adoptée presque sans conteste à l'étranger, la rubéole ou rœtheln des Allemands.

Le problème n'est pas cependant passé complètement inaperçu; posé dans quelques travaux d'avant-garde, par Stœber, de Strasbourg, Barrier, P. Danis, etc., il avait été sommairement résolu, en général, dans le sens de la négation d'une forme clinique distincte et de la dissociation de l'entité prétendue, dont la rougeole ou la scarlatine, ou encore les deux fièvres éruptives combinées, suffisaient à épuiser toutes les modalités.

Parmi les documents de la première heure, une mention doit être réservée au travail du docteur Paasch, de Berlin, longuement analysé dans les colonnes même de ce journal (1), dont le critique anonyme semble partager les idées dualistes de l'auteur, tout en s'en séparant sur la signification à donner à ses observations qu'il rapporte à la scarlatine. Paasch accordait une part à la rougeole dans l'affection qu'il avait sous les yeux, et, dans une nomenclature qui n'était pas pour porter la lumière dans cette discussion, il l'appelait roséole.

Plus tard, René Blache, Bez et d'autres ne sont revenus sur la rubéole que pour renouveler cette condamnation dont, récemment, Talamon (2) et

(1) *Union Médicale*, 1855, 25 septembre, p. 460.
(2) Raymond. *Progrès médical*, 1881, p. 987, n° 50.

FEUILLETON

NOUVELLE GÉOGRAPHIE UNIVERSELLE, la terre et les hommes, par Elisée Reclus. — Tome IX. — L'*Asie Antérieure* — contenant 5 cartes en couleur tirées à part, 155 cartes dans le texte et 85 vues et types gravés sur bois. — Paris, 1884. — Librairie Hachette.

Le neuvième volume de cette splendide publication, qui vient de paraître et qui est bien certainement le plus beau cadeau de jour de l'an qu'on puisse imaginer, termine la description de l'Asie. Sous ce titre, l'Asie Antérieure, l'auteur comprend l'*Afghanistan*, le *Baloutchistan*, la *Perse*, la *Turquie d'Asie*, l'*Arabie*. Mais avec cette Turquie d'Asie, nous avons l'Arménie, les pays arrosés par le Tigre et l'Euphrate, la Mésopotamie, l'Asie Mineure, la Syrie, la Palestine, etc., etc.; que de souvenirs! que sont devenues ces populations jadis si puissantes? que sont devenus ces pays eux-mêmes qui ont été si riches et si prospères? Leur décadence est un phénomène qui appelle toutes les méditations du savant et du philanthrope. Cet immense drame terrestre et social est admirablement exposé dans l'œuvre de M. Reclus.

Notre imagination est ici vivement sollicitée, car dans l'Asie Antérieure, qui est pour Ritter et pour Reclus toute l'Asie des anciens jusqu'à l'Indus et qui se trouve à peu près vers le milieu géométrique du groupe de terres qui composent l'Ancien Monde, on place généralement les origines de l'humanité, au moins de notre humanité à nous, abstraction faite momentanément de ce qu'on est convenu d'appeler le Nouveau Monde. C'est dans

Raymond (1) nous paraissent seuls avoir fait appel en signalant chacun un cas de cette affection dont ils acceptent le nom et l'essence.

Suivis de près, d'ailleurs, par l'auteur d'une thèse remarquable soutenue il y a quelques mois à la Faculté de médecine de Lyon, et qui peut être considérée comme le travail le plus complet et le plus décisif sur cette question, sans en excepter les travaux étrangers (2). Cette monographie comble une lacune que laissaient subsister nos traités les plus estimés de pathologie interne, d'un silence unanime sur la rubéole; omission d'autant plus regrettable qu'alors que nous semblons subir une impulsion du dehors en faisant à la rubéole ce tardif accueil, nous rentrons, en réalité, en possession d'un legs de notre médecine traditionnelle.

C'est, en effet, à Baillou, ainsi que l'a fait remarquer Gintrac dans un savant historique (3), que l'on doit la première, et peut-être la plus exacte peinture de cette affection. En dehors des varioles et des rougeoles qui signalèrent la constitution hyémale de l'année 1574, Baillou distingue une autre fièvre éruptive dont le signalement n'est pas méconnaissable, et dont

(1) Talamon et Lécorché. *Etudes médicales faites à la Maison de santé.* 1882.

(2) *Contribution à l'étude de la rubéole, ou rœtheln des Allemands*, par Delastre. Lyon; 1883.

Nous renvoyons à cette thèse pour les indications bibliographiques, qui sont l'objet d'un Index très détaillé, ne mentionnant ici que les travaux omis par l'auteur ou postérieurs à sa publication :

Thierfelder. *Zur rubeolenfrage.* Inaug. Dissert. Leipzig; 1868.
Steiner. *Uber rubeola.* (*Arch. f. Dermat. und Syphilis,* v. Auspitz; 1869.)
H. Emminghaus. *Jahrb. f. Kinderheilk.* 1860, 4e B., p. 47-59.
Thomas. id. *neuen Erfahrungen,* etc., 1872, 5e B., p. 245-55.
F. Roth, *Uber rubeola.* (*Deut. Arch. f. Klin. Med.*, 1874, 14e B, 5 à 6e H., p. 532.
Lewis Smith. *Rœtheln* (*Epid. measles,* etc.). (*Arch. of dermatology,* 1875, n° 1, p. 1.)
Scholl (E.-H.). *Epid. of. Rœtheln,* etc.... (*Philadelph. med. and. Surg. J.*, 1er avril 1881.)
Bloch. *Hopital Stitende,* etc.... (*An. dam Jahresbericht,* 1883, 2e vol., 1re partie.)
Budde. id. id.
Baaz. *Uber eine Rœtheln epid.*, etc.... (*Allgem. med. Centr. Zeit.*, 1882, p. 1289.)
Smith Will. *Rubeola epid.* (*The Lancet,* 1883, 1er vol., p. 994.)
Ryan. *Notes on Rœtheln.* (*Austr. med. J.* Melbourne, 1883, p. 200-6.)

(3) *Cours théorique et clinique de pathologie,* etc., 1859, 4e vol., p. 465.

---

les contrées sud-occidentales de l'Asie que les mythes des Hellènes placent les premiers Olympes et font naître les dieux. « N'est-ce pas là aussi que, d'après les légendes recueillies par juifs, chrétiens et musulmans, fleurissait l'arbre de la vie, à l'ombre duquel s'éveillèrent le premier homme et la mère universelle ? c'est dans la Chaldée, dans les monts du Caucase indien, dans les oasis de l'Iran que l'on cherchait le paradis terrestre... Un des mythes les plus anciens raconte la dispersion des peuples au pied de la tour de Babel ; mais, en dépit de la « confusion » des langues, l'histoire chaldéenne commence à suivre chacune de ces nations en marche, à en noter les étapes, les guerres et les croisements. »

L'auteur nous fait suivre le mouvement historique commençant à l'Asie Antérieure, et la civilisation se propageant dans la direction du sud-est au nord-ouest, « de l'Inde aux Iles-Britanniques, en passant par la Mésopotamie, l'Ionie asiatique et les terres de l'Archipel, les péninsules méditerranéennes et la France. » Il nous rappelle et nous explique les services immenses que les Phéniciens rendirent à l'humanité en explorant les rivages de l'Europe, en préparant par le commerce les tribus des forêts occidentales à la civilisation ; et puis : « à eux surtout, ajoute-t-il, est dû ce travail de transition préhistorique sans lequel l'histoire proprement dite n'eût jamais commencé pour le monde européen ; aux peuples civilisés qui devaient naître, ils léguaient ce qui devait les rapprocher à jamais et faire naître l'humanité du chaos des nations ennemies, l'écriture alphabétique. » Il importe de lire le développement qu'il donne à cette idée. Il nous indique ensuite, dans les vallées du Tigre et de l'Euphrate, l'origine des animaux qui nous aident à vivre, des arbres qui nous donnent leurs fruits. Il nous signale Milet, le foyer des études géographiques, avec Thalès, Anaximandre, Hécatée, Aristagoras. « Halicarnasse, voisine de

le nom même a été conservé : *rubiolæ*. Il semblerait même que les médecins arabes aient connu la rubéole, dont on croit reconnaître les traits pour la première fois en 1492, dans les œuvres d'Ali-Abbas.

C'est donc après un long détour que nous sommes revenus à une notion qui, longtemps obscurcie, se représente aujourd'hui avec ce supplément d'autorité qu'assurent une observation séculaire, un long débat contradictoire et le remarquable consensus des cliniciens du monde entier. Ce n'a pas été un des moindres résultats du Congrès international de Londres que la sanction de ce point de doctrine controversé et la consécration définitive de l'entité rubéolique, à la suite des discussions tenues au sein de la section des maladies de l'enfance. C'est en présence de cette discussion que d'Espine déclare l'admettre aujourd'hui. C'est à ce même Congrès, sans doute, que le professeur Jaccoud a trouvé son chemin de Damas, quand il écrit dans la dernière édition de son Traité de pathologie : « Il existe une maladie vraiment distincte, à laquelle il conviendrait d'appliquer la dénomination de rubéole ; n'ayant jamais observé cette affection, j'ai longtemps hésité à l'admettre ; mais en présence des données plus précises issues des petites épidémies de Leipzig, Erlangen, Boston, le doute ne me paraît plus possible (1). »

La meilleure définition de la rubéole nous paraît avoir été donnée par Canstatt ; c'est celle qu'adopte Niemeyer, et que nous accepterons avec quelques variantes. C'est un exanthème à taches rouges dont on ne sait, en comparant les phénomènes généraux et les symptômes qui se montrent du côté des muqueuses, toujours atténués, s'il faut le faire rentrer dans la scarlatine, la rougeole, l'urticaire ou l'érythème. Pyrexie spécifique, contagieuse, apparaissant par poussées épidémiques ou fixée dans certaines contrées à l'état endémique, sans caractère saisonnier, sévissant de préférence, mais non exclusivement, sur le jeune âge (2), récidivant rarement.

Scholl, qui a observé une des dernières épidémies, du mois d'avril 1880 à février 1881, se croit en mesure d'affirmer la communication de la mère au fœtus. Baillou avait observé l'avortement.

(1) Jaccoud. *Path. int.*, 1883, t. III, p. 541.

(2) Dans l'épidémie observée en 1874 à New-York par Lewis Smith, le plus jeune des malades avait 8 mois, le plus âgé, 31 ans.

Milet, vit naître Hérodote, le « père de l'histoire et de la géographie », le premier écrivain qui s'occupa d'ethnographie comparée... Et que de noms à peine moins illustres à citer dans ce glorieux pays vers lequel nous nous retournons pour saluer notre aurore et d'où nous vient l'écho lointain des chants des Homérides, berçant les peuples nos aïeux dans leur civilisation naissante ! » Après avoir signalé les grands événements qui ont eu pour théâtre ces contrées aujourd'hui retombées dans le silence et presque dans la mort, il recherche les causes de leur décadence. Peut-être n'insiste-t-il pas assez sur l'influence désastreuse de la domination religieuse : « Où passe le Turc, dit un proverbe, l'herbe ne repousse plus. »

A l'occasion de cette décadence, M. Reclus émet une pensée très remarquable. Les régions presque détruites renaîtront : « Les contrées fertiles dévastées par la guerre et restées sans habitants se repeupleront sous un régime de paix. Le mouvement de reflux civilisateur vers l'Orient, qui a rattaché la Hongrie, les Etats danubiens, la Grèce, la Russie, au monde européen de la culture et du travail industriel, et qui déjà dans l'Asie Antérieure a renouvelé l'aspect de cités nombreuses, syriennes ou grecques, se continuera vers l'Euphrate et le plateau d'Iran. » Il y aura, il y a déjà des guerres ; mais, comme le fait remarquer l'auteur, la lutte amène tôt ou tard la fusion. L'Occident reporte la civilisation dans les contrées d'où lui en sont venus les germes, mais après les avoir fécondés.

On sait de quelle façon magistrale M. Reclus traite son œuvre de géographie, avec quel soin il décrit les diverses contrées au point de vue des inégalités et des qualités du sol, des climats, des cours d'eau, de la flore, de la faune, de l'anthropologie, des cités, des institutions, des mœurs, des religions, de l'agriculture, du commerce, etc. Ces des-

L'incubation dépasse de beaucoup celle de la rougeole; le maximum de durée de l'incubation dans celle-ci est le minimum chez celle-là : de 14 à 20 jours. 18 jours est le chiffre moyen le plus communément accepté. L'inoculation, qui pourrait trancher la question, dans l'incertitude des données cliniques, n'a pas été pratiquée.

L'invasion est précipitée. Après 12 heures, 2 jours au plus, d'un état de malaise sans portée, l'éruption se dénonce au visage, apparaît aux paupières, aux oreilles, envahit le cuir chevelu, gagne de là toute la surface cutanée, en respectant, dans certains cas, les faces palmaire et plantaire des extrémités. Rott a signalé une marche inverse de l'éruption, qui apparaîtrait d'abord sur les reins et la poitrine.

Différents observateurs se sont efforcés de trouver dans l'étude minutieuse du groupement du semis morbilleux ou du dessin du rash scarlatineux, des caractères de différenciation entre cet exanthème et l'éruption de la rougeole et de la scarlatine : ils ne nous semblent pas y être parvenus. En réalité, la caractéristique anatomique de l'affection gît précisément dans le polymorphisme de l'éruption, généralement mixte d'emblée, mais, suivant les épidémies ou même les cas particuliers, ici se rapprochant davantage de la rougeole, là de la scarlatine, ailleurs de l'érythème simple ou papuleux.

La durée de cette éruption ne dépasse pas de trois à cinq jours; il est rare qu'on ait à observer des poussées secondaires. Elle se termine généralement par délitescence, exceptionnellement par une légère desquamation furfuracée, que Scholl a vu retarder jusqu'au quarantième et cinquantième jour, ce qui est une autre anomalie, car elle ne dépasse pas le quatorzième jour en moyenne.

Les petits malades éprouvent souvent de vives démangeaisons à la face, boursouflée, tendue surtout aux régions palpébrales. On observe, comme dans la rougeole, du coryza, du larmoiement, des éternuements, mais l'irritation de la muqueuse ne va pas jusqu'au catarrhe proprement dit et on n'assiste pas à cette extension au larynx, à la trachée et aux bronches, et à ces accidents avec lesquels il faut tant compter dans le pronostic de l'affection morbilleuse.

Rott a signalé, pendant l'éruption, une rougeur du voile du palais, affectant la forme de raies alternativement pâles et foncées.

---

criptions ont un intérêt immense quand il s'agit d'Hérat « la porte de l'Inde »; du pays des Baloutches, où la puissance anglaise s'infiltre de plus en plus; de la Perse, que les Persans désignent par l'antique dénomination d'Iran, pays de Zoroastre, dont l'indépendance s'écroule, d'un côté par son contact avec la Russie, de l'autre par la pression qu'exerce sur elle l'Angleterre, qui offre sur son territoire le point où les mahométans de ette nation affirment que s'arrêta l'arche de Noé, qui enfin rappelle les souvenirs ineffaçables de Cyrus, d'Artaxercès, de Darius, d'Alexandre, de Persepolis, etc., etc.

L'intérêt s'accroît encore quand il nous mène en Arménie, chez les Kourdes, à Trébizonde, dans la Mésopotamie, dans la Babylonie, dans les vallées du Tigre et de l'Euphrate, aux ruines de Ninive, à celles de Babylone, à Bagdad, en Syrie, en Palestine, au mont Sinaï, en Arabie, etc., etc. Partout ses lignes géographiques sont tracées rigoureusement et font autorité.

On trouve de temps en temps dans son récit des incidents plus ou moins *curieux*, qui ont au moins le mérite de le varier. « A l'époque d'Alexandre, Aria (*Hérat* dans l'Afghanistan) était une grande cité. Au XIIe siècle, disent les historiens persans, elle était la « reine, la glorieuse », et contenait dans ses murs « 444,000 maisons habitées, 12,000 boutiques, 6,000 bains publics et caravansérails »; au siècle suivant, Djenghiz-Khan s'emparait de la ville après six mois de siège et en faisait égorger les habitants, au nombre d'un million six cent mille; quarante individus seulement auraient échappé aux recherches des Mongols..... » — C'était jeu de prince, de conquérant!

Dans la Perse, les Guèbres « abhorrés comme idolâtres, auraient été exterminés depuis longtemps s'ils ne possédaient une lettre du calife Ali leur promettant sa protection; ce qui d'ailleurs ne les dispense point de l'impôt spécial exigé des infidèles. Leur

Il existe des douleurs d'oreilles que les auteurs ne semblent pas s'être préoccupés de rattacher à un état anatomique particulier.

Un autre symptôme d'une grande valeur consiste dans la tuméfaction des ganglions cervicaux, subauriculaires et jugulaires. Bloch, dans une épidémie récemment observée dans le Danemark, n'a jamais vu manquer l'engorgement des glandes cervicales au bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien; il en fait un signe pathognomonique de l'affection. Ce sont, sans doute, ces adénites qui en ont imposé pour des oreillons véritables, signalés par quelques auteurs dans les quelques jours suivant la disparition de l'éruption.

La langue ne cesse pas d'être normale, ou légèrement saburrale. Ce n'est jamais la langue desquamée et framboisée de la scarlatine.

Les phénomènes de réaction générale sont très atténués. D'après Vogel, la fièvre manque le plus souvent, Wunderlich, d'après lequel « on ne peut bien connaître les particularités cliniques de la rubéole qu'après l'avoir observée dans le cours d'une grande épidémie (1) », admet une forme complètement apyrétique, à côté de types fébriles ou, au plus, modérément fébriles. « Si, dans quelques cas isolés, dit-il, l'ascension thermique est plus considérable, cela peut être le fait de complications intercurrentes ou de la mobilité particulière de la température chez les enfants. » En général, les oscillations doivent se faire autour de 38°. La température de 39°4, observée par Scholl, celle de 40°5 qu'enregistre l'unique courbe produite par Jaccoud (2), se rapportent à des formes anormales ou à un de ces cas compliqués signalés par Wunderlich.

Jamais on n'observe d'albumine dans les urines.

Les suites sont des plus simples : la convalescence est immédiate. Aitken, Robinson James et Cheadle admettent que la mort peut être la conséquence de complications pulmonaires, de diphthérie et de convulsions, tous accidents qui ne nous semblent pouvoir être rapportés que sous les réserves les plus expresses aux suites directes de la rubéole. Et, en effet, des quatre malades perdus par Cheadle, trois étaient atteints d'empyème et un de tétanie au moment de l'invasion de la fièvre éruptive.

(1) De la température dans les maladies. Traduction française, p. 357.
(2) *Loco citato.*

---

nombre diminuait naguère par des enlèvements de jeunes filles, que l'on convertissait au mahométisme et qui, devenues membres de la grande famille de l'Islam, ne rentraient plus chez leurs parents. » Combien de fois le même prosélytisme violent ne s'est-il point excercé dans l'Europe chrétienne!

Et à côté de cette propagande religieuse, quelles mœurs! « On comprend, dit l'auteur, que la moralité publique soit peu développée dans un pays où le divorce est si fréquent, où les unions temporaires pour une période de vingt-cinq jours, ou même d'une moindre durée, sont régulièrement consacrées par les mollah; il est peu de femmes qui atteignent l'âge de 24 ans sans avoir eu deux ou trois maris. » — Comment oserait-on soutenir que la morale, avec la base qu'on lui donne, n'est pas une chose variable selon les milieux sociaux et les religions?

On ne peut donner d'un livre aussi volumineux — 950 pages — et aussi plein, qu'un maigre compte rendu. Les matériaux importants y abondent; les considérations savantes et ingénieuses également. On ne se fatigue pas de le lire; mais on ne peut en citer que quelques rares passages, pour faire désirer la connaissance du reste. Si le fond est riche et exact, le style est élevé et élégant; et des dessins nombreux et soignés complètent les descriptions. La *Nouvelle Géographie universelle* est le plus beau monument scientifico-littéraire de notre époque. Quelle est donc la bibliothèque qui pourrait consentir à rester privée d'un pareil ornement? Quelle est l'intelligence éclairée qui ne serait pas avide de parcourir et d'apprendre dans une description aussi complète et aussi attrayante cette terre sur laquelle l'homme naît et se débat? Si par les quelques mots qui précèdent j'ai pu inspirer à des esprits d'élite le désir de lire le livre d'Elisée Reclus, j'aurai la conscience d'avoir fait une chose bonne et utile. Dr G. Richelot père.

L'immense majorité des auteurs signale au contraire la bénignité de cette affection, contre laquelle on se dispense généralement de toute médication active, se bornant aux soins d'hygiène, au confinement à l'abri du froid et à l'isolement que peut imposer pendant un temps fort long une desquamation tardive.

Est-il nécessaire de revenir sur les traits qui, dans cette courte description, nous semblent établir les droits irréfutables de la rubéole au titre d'entité distincte? Incubation prolongée, invasion précipitée, polymorphisme de l'éruption, sa fugacité, la rareté de la fièvre, l'absence de cycle thermique, les adénites cervicales, point de bronchite, point d'albuminurie; nous sommes aussi loin de la rougeole que de la scarlatine, et quant à un hybride de l'un et de l'autre, nous ne comprendrions pas que le produit s'émancipât à ce point des facteurs et par tant de caractères qui lui manquent, et par tous ceux qu'il assume. On connaît, au reste, les combinaisons de la rougeole et de la scarlatine qu'on rencontre sur le même sujet, en temps d'épidémie, du fait d'une coïncidence d'incubation; mais on se gardera bien de confondre la rubéole avec les exanthèmes contemporains auxquels les phénomènes généraux des deux formes associées impriment souvent une allure si sévère. Enfin, l'observation clinique a dès longtemps répudié cette assimilation: la rubéole ne transmet qu'elle-même; une atteinte antérieure de rubéole ne confère pas l'immunité contre la rougeole et la scarlatine, et réciproquement. Budde a vu la rougeole et la rubéole coexister, pour ainsi dire, sur le même sujet.

La rubéole n'est pas davantage une simple roséole estivale, affection saisonnière, locale et récidivante; ni la roséole à répétition de Trousseau et de Borsieri, dont cet auteur a écrit: *Qui semel iis laboravit, facile iterum pluriesque prehenditur.* Elle est encore plus éloignée de la rose-mill (roséole miliaire) de Gubler.

Nous ne prononcerions pas avec autant d'assurance qu'un certain nombre des cas visés dans l'article *roséole* du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, de Roger et Damaschino, ne rentrent pas dans la rubéole. Mais, en fait, le diagnostic de rubéole n'a été que rarement fait en France. Les cas s'en comptent à Paris. Les trois observations de Jaccoud, Talamon, Raymond, sont encore isolées, pendant qu'à Lyon le professeur Bondet, un des inspirateurs de la thèse de Delastre, en a recueilli onze cas dans sa pratique, que Gintrac en a vu quelques exemples à Bordeaux.

Cette indigence d'observations signale-t-elle véritablement un fait d'exception? Est-ce ignorance ou indifférence du problème diagnostic? Nous ne saurions dire. On sait qu'il existe une pathologie ethnique. Nous ne pouvons nous dispenser de faire remarquer que la rubéole, qui a été surtout jusqu'ici observée et décrite en Allemagne, en Angleterre, aux Etats-Unis, même en Australie, affecte précisément la distribution géographique du typhus pétéchial et de la fièvre à rechutes.

Mais c'est là un tout autre problème et dont la solution ne saurait affecter la situation définitivement acquise en pathologie, d'une affection au sujet de laquelle, William Squire, dans sa Revue historique lue au Congrès de Londres, s'exprimait en ces termes:

« Il a fallu un siècle pour distinguer la rougeole de la variole; un autre siècle s'est écoulé de Sydenham à Withering, avant que la scarlatine fût nettement séparée de la rougeole; le siècle s'accomplit qui donnera à la rubelle, rœtheln des Allemands, rubéole des Français, son autonomie. »

R. LONGUET.

Du rétrécissement très étroit de la tricuspide (1),

Lecture faite dans la séance du 23 juin 1883 à la Société de médecine de Paris,

Par le docteur P. DUROZIEZ, ancien chef de clinique.

Si nous admettons que le rétrécissement mitral peut exister longtemps sans produire d'accidents du côté du poumon, ne pouvons-nous pas admettre que l'oreillette droite résistera, que la veine cave supérieure ne sera pas forcée et qu'il ne faut pas compter sur les jugulaires pour nous avertir de la lésion de la tricuspide? Nous donnons l'observation suivante comme exemple de rétrécissement de la tricuspide bien qu'elle ne soit pas suivie d'autopsie.

Nous sommes gêné par la propagation à droite des signes du rétrécissement de gauche; mais si ces signes sont plus nets à droite qu'à gauche, ne sommes-nous pas autorisé à admettre le rétrécissement tricuspidien?

Rétrécissement et insuffisance des orifices mitral, tricuspidien et aortique

Raquillet, 31 ans, tapissière, née à Paris, 9, salle Saint-Antoine, Hôtel-Dieu, entre le 14 juin 1865 et sort le 19 septembre. Bien réglée. Ni rhumatisme articulaire aigu, ni fièvre de croissance. Flèvre typhoïde à 11 ans, très grave. Chorée de 14 à 21 ans. Depuis cette époque, fatigue par intervalles. Beaucoup de peine pour monter, depuis longtemps. Palpitations et bronchites depuis trois ans. Six mois avant son mariage à 28 ans, elle est arrivée chez sa tante, très oppressée. Hémoptysie pendant deux ou trois jours, il y a quinze mois. Deux enfants. Fausse couche de six mois il y a trois semaines. Elle avait reçu un seau d'eau froide, dix jours auparavant. Ictère et ascite depuis sa fausse couche. Les jambes ne sont œdématiées que depuis quinze jours.

Jaune pâle. Peu de cyanose des lèvres. Œdème des jambes; pas d'œdème des mains ni de la figure. Demi-orthopnée. Tête élevée. Depuis deux nuits, elle est obligée de s'asseoir sur son lit. Gonflement modéré des jugulaires. Pouls veineux douteux. Pouls radial à 108, régulier, petit, un peu dur. Pouls crural développé; rien de net au second temps pour la crurale. Les poumons sont refoulés par le cœur. La matité à droite est considérable et s'étend beaucoup à ganche en haut. Frémissement au premier et au deuxième temps. Pas de souffle en jet de vapeur. Les bruits grondants dominent. Bruit grondant prolongé au deuxième temps. Souffle léger au deuxième temps, orifice aortique. En bas du sternum, bruit grondant au deuxième temps.

18 juin. Pouls 72, régulier, assez développé, un peu vibrant. Rien de notable pour les jugulaires; la circulation n'est pas gênée. La matité s'avance beaucoup à droite et dépasse peu le mamelon à gauche, se prolonge en haut et en bas. L'impulsion n'est forte nulle part. On sent des battements sous les espaces intercostaux gauches supérieurs et sous les espaces cartilagineux droits. Pas de frémissement. A la pointe, pas de souffle au premier temps; claquement parcheminé. Roulement au deuxième temps en se rapprochant du sternum, sans souffle à ce niveau. Au niveau des espaces droits, un peu de souffle au premier temps et souffle considérable au deuxième qui se prolonge au-dessous de l'orifice aortique. Pas de battement de l'aorte dans le creux sus-sternal. Souffle crural un peu aigu, impulsif. Pas de souffle en retour. Battement des artères du cou. Respiration sifflante.

24 juin. Œdème des jambes. Teinte verte. Pouls développé, vibrant, redoublé, un peu irrégulier. Souffle au deuxième temps d'insuffisance aortique, s'étendant jusqu'à la pointe. En bas du sternum, souffle au prsmier temps suivi d'un second souffle accompagné d'un grondement. A la pointe, pas de souffle en jet de vapeur, grondement au deuxième temps, moins fort qu'en bas du sternum. Figure sèche.

28 juin. La malade ne paraît pas très souffrante. Vomissement. Elle prend de la digitale. Pouls 80, régulier, peu développé, un peu dur. Pas de palpitations. Elle reste couchée la nuit, étendue. Figure et mains sèches. Pieds seuls enflés. Jugulaires peu développées. Pouls veineux double. Le pouls du cœur est moins régulier que celui de la radiale; il bat 2, 3, 4 fois de suite, puis vient une intermittence. La matité est peu considérable en bas et à gauche et s'étend à droite. Les cartilages droits sont plus soulevés que les gauches. On sent un double frémissement très fin sur tout le bord inférieur du cœur. Pas d'impulsion forte du cœur. Au niveau de l'orifice aortique, double souffle. En

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 décembre 1883.

bas du sternum, bruit grondant qui vient s'ajouter au souffle. A la pointe, souffle très court au premier temps suivi d'un grondement moins fort que celui de droite. Pas de souffle en jet de vapeur. En arrière, pas de souffle considérable.

3 juillet. Les vomissements ont cessé. Pouls 84, régulier, assez développé, égal, modérément dur. Les battements du cœur sont beaucoup moins réguliers que le pouls radial. Plusieurs pulsations se suivent, puis vient un repos. Le cœur n'est pas gros. Très peu d'impulsion. Frémissements très fins, sur la partie du cœur à découvert. Le frémissement existe parfois au premier temps, mais régulièrement au deuxième. Au niveau de l'orifice aortique, l'oreille écartée perçoit un double souffle à deux temps égaux. En bas du sternum, l'oreille écartée perçoit au deuxième temps un bruit de grondement. L'oreille appliquée perçoit comme un triple souffle. Le grondement est plus fort en bas du sternum qu'à gauche. A la pointe après une intermittence, on entend un souffle au premier temps, non en jet de vapeur, suivi d'un grondement. Pas de claquements. Pas de dédoublement du deuxième claquement. A la pointe, quand on n'entend pas de souffle, il y a au premier temps un grondement. Les jugulaires sont peu développées, sans battement. A la crurale, pouls peu développé, pas de double souffle; bruits musicaux se produisant facilement. Malade très pâle, calme, tranquille, sans oppression notable, quand elle est couchée. Ascite, œdème des pieds, veines des bras développées.

14 juillet. Pâleur. Elle se trouve mieux. Ascite et œdème des jambes. Pouls 84, régulier, un peu vibrant, mou. Double souffle crural net. Bruit continu. Peu de développement du cœur. Double frémissement à la pointe. A l'orifice aortique, souffle au deuxième temps. En bas du sternum, mêmes signes qu'à la pointe.

28 juillet. Teinte verdâtre. Urines parfois un peu rouges. Mains sèches. Jambes œdématiées. Elle est levée. Pouls 96, régulier, assez développé, un peu vibrant, en chiquenaude. Pas de déloppement des jugulaires. Au niveau de l'orifice aortique, souffle court au premier temps suivi d'un souffle long. Claquements parcheminés. En bas du sternum, souffle court au premier temps suivi d'un roulement pendant la première partie du deuxième temps; le premier souffle est très court et suivi immédiatement d'un souffle long un peu dur qui remplit le deuxième temps et vient rejoindre le premier bruit. A gauche, souffle court suivi d'un bruit prolongé qui vient rejoindre le premier bruit. A la pointe il se mêle quelque chose au premier bruit, qui vient troubler l'oreille, c'est bien le souffle en jet de vapeur, mais peu net, qui vient relier le premier au deuxième bruit.

2 août. Pas de souffle en jet de vapeur. Souffle court au premier temps, dédoublement du bruit pendant le deuxième temps. A l'orifice aortique souffle au deuxième temps, descendant jusqu'en bas du sternum. Pas d'œdème des jambes; la malléole seule est un peu enflée le soir. Pas de battement des vaisseaux du cou. Pas de développement des jugulaires.

5 août. Pouls régulier. Souffle au deuxième temps au niveau de l'orifice aortique. A la pointe, coup de râpe sec, bref, suivi d'un bruit rude, prolongé, non roulant. Impulsion modérée du cœur. Cœur assez gros.

19 août. Pâleur. Bon appétit. Pouls régulier, passablement développé, un peu vibrant. Le cœur s'avance peu à gauche. Battements modérés. Souffle au deuxième temps, orifice aortique. En bas du sternum bruit ronflant au deuxième temps. Sur la ligne inférieure du cœur et le long du bord gauche du sternum, dédoublement du premier claquement suivi d'un roulement net. A la pointe et sur le bord gauche du cœur, souffle prolongé non en jet de vapeur qui vient s'enchevêtrer dans les bruits. Le souffle du premier temps s'entend en bas du sternum. Pas d'hémoptysie. Orthopnée passagère. Pas de règles depuis le mois de mai.

30 août. Pouls régulier, développé, assez vibrant. Pas d'œdème. Au niveau de l'orifice aortique, double claquement; plus bas, souffle au deuxième temps; en bas du sternum il s'y mêle du roulement. A gauche il y a un enchevêtrement des souffles difficile à démêler. On retrouve le grondement, puis le souffle en jet de vapeur non éclatant vient couvrir tous les bruits. Pouls 96. Peu de battement des vaisseaux du cou.

8 septembre. Pouls régulier. Elle ne prend pas de digitale depuis longtemps.

19 septembre. Rhythme facile à saisir. Le souffle du premier temps se lie intimement aux autres bruits, ne se détache pas en jet de vapeur.

Remarques. — Nous acceptons cette observation comme exemple de rétrécissement de la tricuspide, quoique nous ne trouvions pas de gros signes en dehors de l'examen du cœur. Cependant nous notons : œdème des jambes, gonflement modéré des jugulaires, double pouls veineux, matité considérable à droite, ascite.

Ne voyons-nous pas des malades atteints d'un double rétrécissement datant de la naissance ne présenter des accidents que fort tard? Nous avons vu l'autopsie de la femme Thomas qui nourrissait son enfant et chez laquelle on n'avait pas même songé à examiner le cœur. Nous nous appuyons sur des faits décisifs que la crainte d'être trop long nous fait supprimer, nous pensons que nous ne devons pas exiger la tuméfaction des jugulaires et le pouls veineux présystolique pour être en droit d'admettre le rétrécissement de la tricuspide.

Nous laissons échapper beaucoup d'occasions d'édudier le rétrécissement de la tricuspide parce que nous avons cette idée fausse qu'll est absolument rare.

Parfois le rétrécissement de la tricuspide peut se faire d'une manière aiguë pendant les derniers temps de l'existence et nous pouvons omettre de relever les signes qui le décéleraient.

Chez la femme Meunier, le rétrécissement de la tricuspide peut ne s'être opéré que dans les derniers temps; le rétrécissement mitral, l'insuffisance aortique, l'insuffisance de la tricuspide existaient depuis longtemps. A l'autopsie, les cavités sont en général un peu dilatées sans hypertrophie. Nous ne trouvons pas cette énorme dilatation de l'oreillette droite habituelle au rétrécissement de la tricuspide, pas plus que nous n'avions constaté la dilatation des jugulaires. La malade est emportée par un état aigu. Un érysipèle envahit les seins et le devant de la poitrine, et nous sommes très étonné de trouver l'oreillette droite enflée comme une oreille envahie par l'érysipèle, ressemblant assez bien à une crête de coq turgide; la tricuspide est rouge, boursouflée, et adhère par la face supérieure de ses lames; l'orifice n'admet que le bout du doigt, tandis qu'un pois passerait à travers l'orifice de la mitrale cartilagineuse. Il est évident qu'un état aigu a saisi la tricuspide dans les derniers jours, et que le rétrécissement a beaucoup augmenté à cette époque; nous n'avions jusque-là constaté que les signes de l'insuffisance.

La malade meurt en février 1859. Elle était entrée une dernière fois le 21 octobre 1858. Le 17 novembre, pouls à 72, assez régulier. Pas d'œdème. Pas d'accompagnement grave des maladies du cœur. [A gauche, quatre claquements à peu près pareils; parfois un peu de ronflement au commencement et à la fin. Sur toute la surface du ventricule droit, souffle au premier temps, variant de timbre suivant les endroits, déchirant sur le bord inférieur du cœur, ne se transmettant ni en arrière, ni le long de l'aorte, froissant çà et là. Le 14 janvier, nous ne notons qu'un beau rhythme de rétrécissement mitral.

Le 10 février, érysipèle depuis quelques jours sur les seins. Altération rapide de la physionomie. Nous notons le triple claquement. Rien de bien particulier.

Dans le seul cas que nous possédions de rétrécissement de la tricuspide sans autre lésion valvulaire, bien que ce rétrécissement ne laissât passer qu'un doigt, d'après M. Foley, dont nous ne pouvons contester la compétence, nous devons avouer que nous n'avons entendu qu'un souffle au premier temps en bas du sternum.

Soulier, 64 ans, concierge. Nous regrettons de n'avoir pas de renseignements plus détaillés sur la marche de la maladie et sur l'autopsie, Nous savons que cet homme a eu de fréquentes bronchites et beaucoup de points de côté sans aucun rhumatisme articulaire aigu. La respiration est gênée depuis deux ou trois ans.

A l'autopsie, M. Foley, interne à la Charité, ne trouve qu'une lésion de la valvule droite; un seul doigt passe à travers l'orifice.

Le malade reste constamment assis dans un fauteuil; il est bouffi, violet, très œdématié. Pouls veineux. Pouls radial à peu près régulier et assez égal. Souffle au premier temps en jet de vapeur, ayant son maximum au niveau du sternum, mais s'entendant sur une large surface.

Ici, bien que le rétrécissement atteigne un doigt, nous ne trouvons pas les signes stéthoscopiques du rétrécissement. L'orifice aortique est intact, ainsi que l'orifice mitral.

Étiologie. — Il est très remarquable que presque tous les cas appartiennent à des femmes, comme pour le rétrécissement mitral pur.

Nous notons 9 femmes et 2 hommes.

Le rhumatisme articulaire aigu tient la première place.

Dans le cas où la lésion de la tricuspide est isolée, le rhumatisme n'est pas signalé.

Dans 3 cas, nous trouvons la chorée.

Meunier. Femme. Chorée de 11 à 15 ans. Palpitations depuis qu'elle se connaît. Avan l'âge de 17 ans, elle reste quinze jours sans parler. A 17 ans, rhumatisme articulaire aigu.

Masse. Femme. Chorée de 7 à 9 ans. A 9 ans, elle ne peut plus courir; elle a des palpitations. Réglée à 19 ans. A 21 ans, pleurésie, puis rhumatisme articulaire aigu.

Raquillet. Femme. Chorée de 14 à 21 ans. Pas de rhumatisme articulaire aigu

Pronostic. — Les malades atteints de rétrécissement de la tricuspide peuvent atteindre 64 ans, mais c'est une exception. Nous trouvons 64, 58, 38, 34, 31, 30, 30, 28, 23, 15, pour les cas dont le rétrécissement laisse à peine passer un doigt. La moyenne de la vie s'élève pour les malades dont le rétrécissement est moins prononcé et permet à deux doigts de passer. Les chances de vie augmentent à mesure que le rétrécissement diminue. La progression va de 32 ans à 36, à 42. Ainsi tandis que la moyenne est 32 pour les rétrécissements qui sont au-dessous d'un doigt, elle monte à 42 pour les rétrécissements permettant à deux doigts de passer.

L'insuffisance aortique ajoutée aux lésions de la mitrale et de la tricuspide abrège-t-elle la vie? Nous trouvons 35 ans pour les cas compliqués d'insuffisance aortique et 34,5 pour les cas sans insuffisance aortique. On ne peut tirer aucune conclusion d'éléments aussi restreints que ceux-ci pour des différences aussi légères.

Accidents ultimes — L'asystolie doit être la forme la plus fréquente de la fin. Nous avons été frappé cependant du peu d'accidents que déterminaient des lésions si graves.

La femme Thomas nourrissait son enfant; on ne s'occupait pas de son cœur. Les embolies, en particulier dans les poumons, peuvent terminer la scène. Nous avons vu un érysipèle du ventre, une hépatisation grise. Enfin la femme Laforest qui prenait de la digitale a été trouvée morte dans son lit le matin sans qu'on s'y attendît; elle n'avait aucun œdème, pas de cause de mort nécessaire.

Pour l'autopsie, nous devons insister sur l'état de l'oreillette droite et des poumons.

L'oreillette droite, dont la structure est aussi compliquée que celle du pharynx, présente comme dilatation et comme hypertrophie des particularités intéressantes.

Wolff. Bouchard la note considérablement dilatée.

Meunier. L'oreillette droite est gonflée comme une oreille envahie par l'érysipèle; elle ressemble assez bien à une crête de coq turgide. Pas d'hypertrophie, un peu de dilatation.

Carlier. L'oreillette droite est très développée ainsi que les veines caves.

Obs. de Lépine. Enorme volume de l'oreillette droite qui est vraiment *colossale* avec développement tout à fait insolite des colonnes charnues, avec auricule très développée.

Veiscio. Toutes les cavités du cœur sont dilatées.

Masse. L'oreillette droite est très dilatée et la paroi très épaissie.

Laforest. L'oreillette droite est très dilatée; le muscle pectiné très développé. Les anneaux des veines sont bien dessinés. Pour l'anneau supérieur, celui de la veine cave supérieure, la bande musculaire antérieure, sur laquelle viennent s'insérer à angle droit les faisceaux du muscle pectiné, est forte. L'anneau moyen, celui de la veine cave inférieure, est très accentué; si on le tire en travers, on détermine une fente formée en bas par la valvule d'Eustachi, sur le côté gauche par l'anneau de Vieussens, en haut par le

promontoire de Lower. La valvule d'Eustachi est mince et contient peu de fibres musculaires. La membrane ovale est large et forme une véritable fenêtre ovale qui se cache dans le fond du canal. L'ouverture de la veine cardiaque est très large sans aucune valvule.

Masse. Le cœur ne contient que quelques coagulations glutineuses. Les poumons présentent, surtout à gauche, la surface villeuse de la pleurésie. La moitié supérieure du poumon gauche est rouge et dense; c'est de la pneumonie rhumatismale. On trouve de gros infarctus à gauche, et l'un d'eux s'est transformé en une *bille crétacée*. Pas de tuberculisation.

Pels... Les poumons sont carnifiés dans leur partie inférieure. A la base du poumon gauche, on trouve des amas d'une matière qu'au premier abord nous avons prise pour du tubercule en voie de ramollissement.

Carlier. (Thèse Duguet : *De l'apoplexie pulmonaire.*) L'oreillette droite contient des caillots étalés en membranes. Adhérences molles, épaisses, limitées au niveau des parties sphacélées; le poumon gauche est le moins atteint; il contient quelques marrons indurés, limités par une coque de couleur plus claire d'élimination. Le poumon droit contient beaucoup de ces marrons. Une tumeur molle contient du gaz. (Gangrène de la jambe.)

Nous avons examiné cette dernière malade dans le service de M. Bucquoy. M. Duguet, chef de clinique, a publié l'observation dans sa thèse de concours de l'apoplexie pulmonaire. Il la fournit comme preuve que tous les infarctus pulmonaires ne sont pas dus à des embolies venant des cavités droites, que les embolies peuvent venir des membres. Il nous paraît que, dans ce cas, les embolies pouvaient venir de l'oreillette droite aussi bien que des jambes. Dans les cas de rétrécissement considérable de l'orifice droit, il y a toutes les conditions désirables pour former de la matière à embolie.

CONCLUSIONS. — Le rétrécissement très étroit de la tricuspide n'est pas très rare.

Comme le rétrécissement très étroit de la mitrale, il peut passer inaperçu parce qu'on ne trouve pas de signes généraux.

On peut ne trouver que le roulement du deuxième temps au niveau des cavités droites.

Le rétrécissement mitral accompagnant presque toujours le rétrécissement tricuspidien, on est porté à attribuer au premier ce qui appartient en partie au second.

Si le roulement est plus fort à droite qu'à gauche, on a le droit de penser à un rétrécissement tricuspidien.

On ne peut pas mettre de côté le diagnostic du rétrécissement de la tricuspide.

BIBLIOTHÈQUE

DE LA DÉMENCE PRÉCOCE CHEZ LES JEUNES ALIÉNÉS HÉRÉDITAIRES, par M. le docteur Georges GAUTHIER. Paris, 1883. Derenne.

C'est une vaste question de pathologie mentale que l'étude de la démence venant compliquer ou remplacer les diverses espèces de folie. M. Gauthier aborde, dans ce mémoire inaugural, un des côtés de ce problème et cherche à établir le degré de précocité de la démence chez les jeunes aliénés.

Quelques mois après le début de la perversion des facultés mentales, on observe la diminution de ces dernières. Or, ces malades ont tous les signes physiques et psychique de la dégénérescence héréditaire, fait qui doit éveiller l'attention. C'est alors qu'un accès vésanique de forme mélancolique et dépressive est chez eux la première manifestation de la perversion intellectuelle qui aboutira fatalement à la démence. Aussi l'auteur se demande avec raison si ces aliénés ne sont pas des *héréditaires céré-*

braux par opposition aux héréditaires *nerveux*. Bien que chez eux on trouve le signalement du *cérébral* tel que l'a décrit M. Lasègue, cette opinion pathogénique aurait besoin d'être confirmée par de nombreuses observations cliniques et par des faits anatomo-pathologiques; elle n'en mérite pas moins, en attendant cette confirmation, d'être prise en bonne considération. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 décembre 1883. — Présidence de M. Guéniot.

Sommaire : Présentations. — Suite de la discussion sur l'ostéoclasie et l'ostéotomie dans le traitement du *genu valgum*. — Rapports sur trois observations : 1° de rein flottant ; 2° d'abcès du rein ; 3° d'angiome de la région parotidienne et de la joue traité avec succès par la ligature de l'artère carotide primitive. — Résection de la hanche. — Enquête sur un cas de rachitisme chez un enfant nouveau-né.

M. Polaillon dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Daniel Mollière, membre correspondant à Lyon, un travail sur le traitement du *genu valgum* par l'ostéoclasie. L'auteur se prononce pour l'ostéoclasie de préférence à l'ostéotomie.

M. Léon Labbé présente, au nom de MM. Daniel Mollière et Robin, une série de photographies montrant les résultats obtenus dans le traitement du *genu valgum* par l'ostéoclasie pratiquée à l'aide de l'ostéoclaste de M. Robin. Dans 81 cas opérés par cette méthode, les résultats ont été des plus favorables. Chez les adultes, la moyenne du temps employé pour la consolidation a été de 35 jours. Il n'y a eu, à la suite de l'opération, ni contusion des tissus, ni production de virole osseuse ou de cal considérable. Ces résultats militent en faveur de l'emploi de l'ostéoclasie, de préférence à l'ostéotomie.

M. Larger met sous les yeux de ses collègues un moule en plâtre et communique une observation de *genu valgum*, chez un enfant, dans laquelle la réduction manuelle a été opérée à l'aide de la torsion combinée avec les mouvements forcés de l'articulation.

J'ai pratiqué, dit-il, il y a trois ans environ, l'ostéoclasie manuelle chez un enfant de 5 ans, pour un cas de *genu valgum* manifestement rachitique et dont voici le moule. Ce cas est des plus ordinaires, et je n'en parlerais pas si, pour obtenir la réduction de la difformité, je n'avais eu recours à une manœuvre qui n'a pas encore été signalée, que je sache, et qui dans l'espèce, m'a été fort utile.

Cette manœuvre est *la torsion du membre*. Après une demi-heure d'efforts infructueux et répétés de redressement dans le sens angulaire, je n'avais pas obtenu le moindre résultat. Complètement à bout de forces, j'allais abandonner la partie pour recourir plus tard à l'ostéotomie, lorsque l'idée me vint d'essayer du moyen suivant: faisant fixer par les mains d'un aide la cuisse du malade sur la table, le genou sur le bord de cette table et la jambe dans le vide, j'appliquai la main gauche sur le genou au niveau des condyles du fémur, tandis que de la main droite je saisis la jambe par son milieu et lui imprimai un violent mouvement de torsion en dedans; en même temps j'opérais une flexion exagérée du membre sur la cuisse que ma main et celles de l'aide abandonnaient petit à petit. Au même moment, il se produisit un craquement dans la tête du tibia, et, en redressant la jambe, j'éprouvai l'agréable surprise de voir que le *valgum* était réduit. J'appliquai un appareil inamovible que je laissai en place deux mois environ, et la guérison fut complète.

A cette époque, l'admirable travail de M. Ollier sur l'*entorse juxta-épiphysaire des os* n'avait pas encore paru, et je ne me rendais pas exactement compte de la lésion qu'avait pu déterminer la manœuvre que j'avais employée. Mais aussitôt après la lecture de ce mémoire, je ne doutai pas un instant que ce que j'avais produit par la torsion combinée avec la flexion forcée, ne fût autre que l'entorse juxta-épiphysaire du tibia. M. Ollier, à qui j'ai demandé son avis sur ce cas, a bien voulu confirmer cette manière de voir. Je crois en conséquence — fort en ceci de l'opinion de l'éminent maître lyonnais — qu'à l'effort angulaire conseillé par Delore, dans le redressement manuel du *genu valgum*, il convient d'ajouter, chez les enfants, les mouvements forcés de flexion et d'extension de l'articulation, à l'aide desquels on produit expérimentalement sur le cadavre, l'entorse juxta-épiphysaire du fémur ou du tibia, suivant le cas. Il y aura avan-

tage à combiner ces manœuvres avec la *torsion* que M. Ollier, dans la lettre qu'il me fait l'honneur de m'écrire, accepte comme un des « meilleurs moyens » pour atteindre le but désiré, quoiqu'il n'y ait que faiblement insisté dans son travail.

M. GILLETTE a été étonné d'entendre, dans la dernière séance, M. Desprès dire que le malade présenté par M. Gillette et traité par l'ostéoclasie, n'avait pas eu de fracture parce qu'il n'était pas possible de constater sur lui l'existence d'un cal. Lorsqu'on trouve réunis les quatre symptômes caractéristiques de toute fracture : bruit sec, mobilité anormale, déformation et crépitation, il n'y a pas lieu de douter de l'existence d'une fracture ; or c'est ce qui a été constaté chez le malade auquel M. Gillette a pratiqué l'ostéoclasie pour un *genu valgum.*

Aucun chirurgien n'ignore, d'ailleurs, que l'on peut observer des réunions osseuses par première intention, sans production de cal ; enfin le cal une fois formé peut se résorber, si bien qu'il n'est plus possible, au bout d'un certain temps, de reconnaître le lieu où siégeait la fracture.

M. Gillette a été également étonné d'entendre M. Desprès dire à propos de l'ostéoclasie dans le *genu valgum*, que l'on pouvait croire avoir produit une fracture, tandis que l'on n'avait obtenu qu'une rupture d'ankylose ou de tissu osseux de nouvelle formation ; il est clair, en effet, qu'un pareil argument ne peut être mis en avant, à propos du *genu valgum*, où il n'existe ni ankylose ni tissu de nouvelle formation.

M. TILLAUX croit être le premier qui ait pratiqué l'ostéoclasie à Paris. Sa première opération a été faite en 1875 à l'hôpital Lariboisière ; elle a été le point de départ des nombreux travaux qui, depuis cette époque, ont été publiés à ce sujet tant en France qu'à l'étranger. M. Tillaux opère par un procédé différent de celui de M. Delore. Le chirurgien de Lyon place la cuisse du malade sur un plan horizontal et des aides pressant sur la convexité du genou en opèrent le redressement.

M. Tillaux applique le genou malade sur le bord d'une table et, par des pesées successives très énergiques, il obtient la rupture de la difformité. M. Tillaux a pratiqué cette opération au moins une trentaine de fois avec un succès complet, et c'est en le voyant opérer que M. Collin a conçu l'idée de son appareil. M. Tillaux établit une distinction capitale entre le rachitisme et le *genu valgum*, au point de vue des indications opératoires. Suivant lui, il n'y a pas lieu de pratiquer cette opération chez les individus rachitiques ; sur le nombre des individus atteints de *genu valgum*, il y en a fort peu qui soient rachitiques. Autant il faut être réservé sur l'application de l'ostéoclasie chez les individus atteints de rachitisme, autant il est indiqué d'y avoir recours dans le *genu valgum.* En effet le *genu valgum* ne cède jamais ou presque jamais à l'action des appareils orthopédiques ; il faut opérer soit par l'ostéoclasie, soit par l'ostéotomie. A laquelle de ces deux méthodes faut-il accorder la préférence ? M. Tillaux ne saurait se prononcer sur ce point ; ce qu'il peut affirmer c'est que toutes les ostéoclasies qu'il a pratiquées lui ont donné de bons résultats, sauf un cas où, chez une jeune fille du service de M. Duplay, l'opération laissa de la gêne pour la marche. Il est possible que, dans certains cas non encore bien spécifiés, l'ostéotomie soit plus particulièrement indiquée, mais dans les cas ordinaires, M. Tillaux est d'avis qu'il faut donner la préférence à l'ostéoclasie.

M. DELENS a pratiqué plusieurs fois, depuis l'année 1875, le redressement du *genu valgum*, tantôt par les manipulations forcées, tantôt par l'appareil primitif de M. Colin, tantôt par l'ostéotomie. Par les deux premières méthodes, il a vu survenir des accidents tels que des épanchements articulaires plus ou moins considérables, des arthrites, etc. L'ostéotomie, au contraire n'a donné lieu à aucune espèce d'accidents consécutifs. Il serait donc tenté de préférer l'ostéotomie, pour le redressement du *genu valgum*, soit à la manipulation forcée, soit à l'appareil primitif de M. Colin, qui déchirait les ligaments au lieu de casser l'os. Il est juste d'ajouter que cet appareil a subi depuis lors des modifications qui en ont fait un véritable *ostéoclaste*, bien digne de la préférence que lui accordent beaucoup de chirurgiens dans la pratique de l'ostéoclasie.

M. DESPRÈS déclare que les chirurgiens, partisans de l'ostéoclasie, n'attendent pas un laps de temps suffisant pour montrer leurs malades et affirmer la guérison. Il y a lieu, suivant lui, de concevoir des doutes légitimes sur les résultats définitifs de cette opération ; il a vu, en effet, des malades qui, après avoir été guéris en apparence, ont éprouvé une récidive au bout d'un ou deux ans.

Quant aux photographies dans lesquelles on voit les malades redressés après l'opération, M. Desprès affirme qu'il est facile, à l'aide d'un petit artifice, de placer le malade atteint de *genu valgum* dans une attitude qui donne à l'œil de l'observateur l'illusion du

redressement, illusion reproduite par la photographie. Il met sous les yeux de l'assistance un jeune malade atteint, suivant lui, de *genu valgum* commençant, par suite de la paralysie et de l'atrophie du muscle couturier, et qui, placé debout, les jambes rapprochées et dans l'extension complète, paraît, en effet, exempt de toute difformité; mais le *genu valgum* reparaît aussitôt que le jeune malade reprend une attitude naturelle ou se met à marcher.

M. Desprès ne pratiquera pas d'opération; il s'engage à venir, dans quelques mois, montrer de nouveau le malade, guéri cette fois rien que par les applications des courants électriques.

(Malheureusement pour l'argumentation de M. Desprès, l'examen attentif du malade, fait par un grand nombre de ses collègues, leur démontre qu'il ne s'agit pas d'un *genu valgum*, mais bien d'une paralysie des muscles de la cuisse avec laxité articulaire; M. Léon Le Fort se fait, à ce sujet, l'interprète du sentiment général et montre pourquoi le cas du malade de M. Desprès ne peut être considéré comme un cas de *genu valgum.*)

M. Verneuil n'a jamais traité de *genu valgum* rachitique; il n'entend parler ici que du *genu valgum* ordinaire des adolescents. Il a été très étonné d'entendre dire par un de ses collègues que ce *genu valgum* n'est pas curable sans opération sanglante. Sans doute cela est vrai quand il s'agit du *genu valgum* ancien; mais lorsque la maladie est récente et ne date, par exemple, que de quelques mois, il est parfaitement possible d'obtenir le redressement de la difformité, à l'aide des appareils orthopédiques.

Quant à l'ostéoclasie, M. Verneuil qui l'a pratiquée un certain nombre de fois, n'hésite pas à déclarer qu'elle lui a donné, avec le nouvel appareil de M. Collin, des résultats excellents. La fracture siège à l'union des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur du fémur; elle est sus-condylienne au lieu d'être juxta-condylienne comme dans les autres procédés.

— M. Richelot lit un rapport sur trois observations adressées par M. le docteur Bertin (de Gray). La première est une observation de *rein flottant* pris d'abord pour une tumeur utérine parce qu'il était descendu au contact de l'utérus, et donnait au toucher vaginal la sensation du ballottement. En examinant la malade dans la position horizontale, la tumeur s'étant déplacée, on s'aperçut qu'elle ne faisait point corps avec la matrice et que la sensation de ballottement était illusoire.

La deuxième observation est relative à un abcès du rein, à la suite de l'accouchement, et ayant donné lieu, pour cette cause, à des incertitudes de diagnostic qui cessèrent après plusieurs ponctions capillaires successives suivies d'injections iodées et phéniquées; la néphrotomie amena la guérison complète de la malade.

La troisième observation est un cas de ligature de la carotide primitive sur un enfant d'un an atteint d'angiome de la région parotidienne et de la joue. On avait, avant d'en venir à cette opération, pratiqué des injections interstitielles de teinture d'iode qui n'avaient fait qu'augmenter le volume de la tumeur.

La ligature de la carotide primitive ne donna lieu à aucun phénomène particulier; aujourd'hui le petit malade est complètement guéri. L'auteur signale le retour des battements dans la région cervicale, sur le trajet de la carotide primitive liée; il se demande s'il ne se serait pas produit une nouvelle carotide primitive. M. le rapporteur explique ce phénomène par la continuation des battements artériels dans le bout central et par l'action de la circulation collatérale dans le bout périphérique.

Il conclut en proposant : 1° d'adresser à l'auteur une lettre de remercîments; 2° de déposer ses observations aux archives; 3° d'inscrire son nom dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

Ces conclusions sont adoptées.

— M. Nepveu fait une communication relative à une opération de résection de la hanche pratiquée dans le service de M. Verneuil.

— M. le président Guéniot rend compte de l'enquête à laquelle il s'est livré au sujet d'un enfant nouveau-né atteint de rachitisme qu'il a présenté à la Société de chirurgie au cours de la discussion sur les rapports du rachitisme avec la syphilis héréditaire. Il s'agissait de rechercher si, dans ce cas, la syphilis avait pu avoir quelque influence sur le développement du rachitisme, et s'il fallait ou non considérer ce fait comme venant à l'appui des doctrines si énergiquement et si brillamment soutenues par M. Parrot. Or de cette enquête, que M. Guéniot a faite avec un soin minutieux, concurremment avec son collègue M. le professeur Alfred Fournier, dont la compétence et l'autorité sont si grandes en pareille question, il est résulté que ni du côté du père ni du côté de la mère

il n'était possible de découvrir la moindre trace de syphilis antérieure à la naissance de cet enfant; chez les autres enfants nés de ce ménage, on ne pouvait non plus constater de symptôme de syphilis. Ce fait témoignerait donc contre l'opinion de M. Parrot.

— Dans le courant de la séance, un scrutin a eu lieu sur la demande faite par M. Tarnier d'échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire. A la majorité de 23 voix sur 25 votants et contre 2 bulletins blancs, l'honorariat a été accordé à M. Tarnier. — A. T.

Bulletin des décès de la ville de Paris. — Semaine du 14 au 20 décembre 1883 — Population d'après le recensement de 1881 : 2,239,928 habitants.

Décès : 1064. — Fièvre typhoïde, 29. — Variole, 2. — Rougeole, 23. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 8. — Diphthérie, croup, 43. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite (tubercul. et aiguë), 63. — Phthisie pulmonaire, 187. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 58. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 59. — Bronchites aiguës, 40. — Pneumonie, 88. — Athrepsie des enfants élevés : au biberon, 32; au sein et mixte, 20; — inconnues, 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 112; circulatoire, 73; respiratoire, 84; digestif, 49; génito-urinaire, 22; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulat. et muscles, 10. — Morts violentes, 24. — Causes non classées, 5.

Résumé de la 51e semaine. — Le service de la statistique municipale a reçu notification de 1,064 décès, chiffre presque identique à celui (1,065) de la précédente semaine.

En ce qui concerne les maladies épidémiques, la comparaison des chiffres fait ressortir les différences suivantes :

Une atténuation notable de la Diphthérie (43 décès au lieu de 54) qui continue à être répandue dans les quartiers qui avoisinent l'hôpital Trousseau (*Quinze-Vingts*, *Sainte-Marguerite*, *La Roquette*), mais qui paraît diminuer de fréquence dans le reste de la ville.

Une aggravation de la Rougeole (23 décès au lieu de 7). Le nombre des décès pendant les semaines précédentes avait été de 18 et de 14. La Rougeole a donc une tendanre à devenir plus fréquente, ou du moins plus dangereuse; c'est aux complications pulmonaires qui suivent généralement cette maladie que succombent la plupart des malades.

Les autres maladies épidémiques restent à l'état stationnaire ou quasi-stationnaire. La Fièvre typhoïde (29 décès au lieu de 23) continue à être plus rare qu'elle ne l'a été pendant le cours de cette année. Cependant nous remarquons avec surprise qu'elle a causé, pendant la semaine dernière, 71 admissions dans les hôpitaux.

La Variole (2 décès au lieu de 1) est devenue de plus en plus rare depuis cinq mois. Elle n'a causé cette semaine que 3 admissions dans les hôpitaux.

La Scarlatine (0 décès au lieu de 5), la Coqueluche (8 décès au lieu de 11), L'Erysipèle (5 décès au lieu de 7) et les affections puerpérales (5 décès dans chacune des deux dernières semaines) continuent à être peu répandues.

La Bronchite aiguë des enfants (40 décès au lieu de 45) n'augmente pas de fréquence; mais la Pneumonie s'est notablement accrue (88 décès au lieu de 70).

L'Athrepsie devient de moins en moins fréquente à mesure que nous entrons en hiver (58 décès au lieu de 73).

Le service de statistique a reçu notification de 376 mariages et de 1,140 naissances (570 garçons et 570 filles), dont 387 légitimes et 303 illégitimes; parmi ces dernières, 64 ont été reconnues immédiatement par un des parents au moins.

Dr Jacques Bertillon,

Chef des Travaux de Statistique municipale de la Ville de Paris.

COURRIER

Société médicale des hôpitaux. — Séance du vendredi 28 décembre 1883.

Ordre du jour : Eloge de Lasègue, par M. Desnos. — Eloge de Parrot, par M. Troisier. Eloge de Georges Homolle, par M. Rendu. — M. Debove : Sur la pneumonie chronique. — Elections.

— La séance de distribution des prix aux élèves internes et externes en médecine et

en chirurgie des hôpitaux et hospices de Paris, qui ont concouru en 1883, aura lieu jeudi prochain, 27 décembre, à deux heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3.

Dans cette même séance aura lieu la proclamation des noms des élèves internes et des élèves externes nommés à la suite des concours de 1883, pour entrer en fonctions le 1er janvier 1884.

Les cartes de placement dans les hôpitaux ont été délivrées à MM. les élèves interne de deuxième, troisième et quatrième année, le lundi 24 décembre, à midi, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3, et à MM. les élèves internes de première année et internes provisoires, le même jour, à trois heures.

Elles seront délivrées à MM. les élèves externes de deuxième et de troisième année demain mercredi, 26 décembre, à une heure et demie, et à ceux de première année : première moitié de la liste, le jeudi 27 décembre, à trois heures; deuxième moitié de la liste, le vendredi 28 décembre, à onze heures.

Mutations dans les services de médecine des hôpitaux. — Par suite de la mise à la retraite de MM. Bouchut et Hervieux, du décès de MM. Archambault, Parrot et Lasègue, et de la création de nouveaux services à Cochin, aux Tournelles et à Tenon, les mutations suivantes viennent d'avoir lieu :

MM. *Blachez* passe de l'hôpital Necker à l'hospice des Enfants Assistés.
Ollivier passe de Saint-Louis aux Enfants malades.
Hallopeau passe de Saint-Antoine à Saint-Louis.
Dujardin Beaumetz passe de Saint-Antoine à Cochin.
Gérin-Roze passe de Bichat à Lariboisière.
Rendu passe de Tenon à Necker.
Debove passe de Bicêtre aux Tournelles.
Henri Huchard passe de Tenon à Bichat.
Tenneson passe de Tenon à Saint-Antoine.
Landrieux passe de Sainte-Périne à Saint-Antoine.
Troisier passe du bureau central à Tenon.
Joffroy passe du bureau central à Bicêtre.
Labadie-Lagrave passe du bureau central à la Maternité.
Lacombe passe du bureau central à Tenon.
Hanot passe du bureau central à Tenon.
Du Castel passe du bureau central à Tenon.
Dreyfus-Brisac passe du bureau central à Tenon.
Robert Moutard-Martin passe du bureau central à Sainte-Périne.

— Par décret en date du 17 décembre 1883, M. Damaschino, agrégé, est nommé professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris.

Faculté de médecine de Lille. — M. le docteur Chotin, prosecteur, est chargé provisoirement, et jusqu'au prochain concours, des fonctions de chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Demon, appelé à d'autres fonctions.

M. Théry, bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur de physique médicale, en remplacement de M. Royer, démissionnaire.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Mondan est maintenu dans ses fonctions de chef des travaux de chirurgie.

M. le docteur Gouilloud est nommé chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Augagneur, démissionnaire.

Sont chargés des cours auxiliaires : de chimie analytique, M. Linossier, agrégé; de pathologie interne, M. Rouveret, agrégé.

M. Charpy est maintenu jusqu'à la fin du prochain concours d'agrégation, comme chargé des fonctions d'agrégé d'anatomie et de physiologie.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

N° 183 L'UNION MÉDICALE Jeudi 27 Décembre 1883

Sommaire

BULLETIN

Depuis deux ans, l'Union Médicale regarde autour d'elle, étudie la situation du journalisme scientifique, et médite sur les réformes à faire. L'avenir n'est jamais assez garanti par un passé honorable et brillant; aucune entreprise n'est durable qui ne sait être de son temps, c'est-à-dire modifier son allure et suivre l'opinion.

Ces réformes, qui ne peuvent toucher en rien aux principes sur lesquels notre œuvre est assise, la situation matérielle de l'Union Médicale lui permettait de les aborder franchement; ses relations officielles, ses traités antérieurs l'ont seuls ralentie. Elle a dû se délivrer de quelques entraves; de précieux auxiliaires sont venus à elle, comprenant son esprit et son but; aujourd'hui enfin, comme une armée qui attendait ses renforts, la rédaction nouvelle peut se porter en avant.

Depuis quelques mois déjà le mouvement est commencé. Nos articles sur les accidents nerveux du diabète sucré, les réflexes, la maladie de Graves-Basedow et les goîtres exophthalmiques, la syphilis héréditaire tardive, les érythèmes noueux et papuleux, l'étiologie et la nature du zona, la maladie de Thomsen, les pseudo-rhumatismes, la rubéole, ont montré à nos lecteurs un des points sur lesquels seront concentrés nos efforts; exposer avec concision et méthode les questions qui agitent le monde médical, dont chacun parle sans les connaître assez, dont les divers éléments sont épars dans les discussions et les revues, sur lesquelles enfin l'opinion du plus grand nombre est flottante et indécise. Il faut rassembler ces matériaux, les mettre au point, les présenter sous une forme synthétique. Il faut prendre aux travailleurs du laboratoire et de la clinique leurs idées originales, trop souvent oubliées dans des recueils sans lecteurs, s'en emparer en temps opportun, quand elles ont fait quelque chemin et sont arrivées à une étape où elles peuvent être saisies, groupées, passées en revue. Ainsi se font des *articles d'enseignement* qui, établissant entre nos lecteurs et nous un étroit commerce d'idées, les tiennent au courant du mouvement scientifique et leur épargnent maints efforts personnels. Car le journal est un instructeur qui ne doit jamais oublier son rôle.

Ces articles sont courts, écrits avec précision et clarté. Loin d'être des résumés sans couleur, à signature banale, ils portent le cachet de leurs auteurs et sont empreints de leur esprit; œuvre de jugement, d'expérience, d'érudition toujours présente et ne se montrant jamais, ils sont utiles à tous et ne peuvent être faits que par des maîtres.

Ils diffèrent absolument des observations pleines de menus détails, des mémoires longuement élaborés sur un point spécial, des documents à classer, des notes froidement recueillies pour être oubliées d'abord et consultées plus tard. C'est en donnant trop de place à tous ces travaux de Revues et d'Archives qu'un journal fait des numéros où « il n'y a rien à lire. »

Toutefois, nous sommes loin d'exclure *observations* et *mémoires*, qui ont encore aujourd'hui leur place marquée en tête de nos colonnes. Ces travaux négligent parfois les sujets dont l'opinion est saisie et demande la solution; mais en donnant le jour aux idées nouvelles dont elle va s'emparer, souvent ils devancent l'actualité ou la font naître. Nous devons les accueillir,

et nous les demandons, non seulement à nos maîtres parisiens qui depuis longtemps nous les donnent volontiers, mais à tous nos confrères de Paris et de la province. Nous prions ces derniers de ne pas laisser se perdre les faits intéressants de leur pratique; nous leur promettons un examen sérieux, et nous serons toujours heureux de prêter notre publicité aux mémoires bien faits, munis de cette qualité rare et à tous profitable, au journal qui est plus varié comme à l'auteur qui est mieux lu : la concision-

Les *leçons cliniques* des professeurs et des agrégés réclament aussi une place d'honneur. Elles ne traitent pas à fond les questions choisies et ne poursuivent pas l'actualité quand même; mais elles reflètent l'autorité de-hommes d'expérience, elles discutent l'application des méthodes scientil fiques, et donnent des exemples de conduite médicale. Il appartient aux chefs de clinique de distribuer la parole de leurs maîtres; c'est à eux que nous ferons appel pour nous aider à la porter au delà des limites de leurs amphithéâtres.

Les *bulletins* du jeudi n'ont pas à changer de caractère, Les séances de lAcadémie de médecine y tiennent la première place, toutes les fois qu'une secture, une discussion, un incident même sont dignes de fixer l'attention Quand l'Académie se repose, tous les sujets peuvent la remplacer: nous cherchons à mettre en lumière les faits dont l'opinion s'occupe, les idées que nos collaborateurs ont émises et qui méritent d'être répétées, celles que nos lecteurs nous envoient et qui valent mieux qu'une insertion pure et simple dans la « Correspondance ». Nous trouvons là une occasion nouvelle de nous mettre en relations fréquentes avec nos confrères, et d'accueillir leurs informations et leurs conseils en échange de ceux qu'ils nous demandent.

Nous avons déjà publié des *lettres* de Suisse et d'Allemagne, de Belgique... Nous en aurons d'Angleterre, d'Italie, d'Amérique, et nous donnerons à cette correspondance étrangère une extension toute nouvelle; sans doute; une partie de la presse médicale nous suivra dans cette voie, car c'est une innovation qui s'impose. Aujourd'hui plus que jamais, les étrangers nous dénigrent, nous accusent de ne rien faire et d'ignorer ce qu'ils font. Plus que jamais, cependant, nous lisons, nous traduisons leurs ouvrages, et leurs accusations viennent en partie de ce qu'eux-mêmes nous ignorent. Pour les obliger à nous rendre justice, il ne suffit pas d'avoir leurs traités dans nos bibliothèques, il faut donner place à leurs travaux dans nos feuilles périodiques, et établir entre leur mouvement scientifique et le nôtre un parallèle de tous les jours. Nous donnerons ainsi le droit de cité parmi nous à des productions de valeur incontestable ; en même temps, la critique et le bon sens français trouveront plus d'une occasion de se rappeler au souvenir de tous. Aussi bien, l'orgueil national n'est pas toujours en cause; partout nous connaissons des travailleurs désintéressés, qui ne veulent ni déprécier ni exalter personne, et pour qui nous serons de grand cœur une tribune impartiale, au besoin de chauds défenseurs.

Mais ces idées nouvelles ou plutôt mûries depuis deux ans, comment les appliquer? Ces articles de genres si variés, ces amis qui nous ont promis leur concours, ces correspondants étrangers, comment vont-ils être admis et se trouver à l'aise?

Nous n'avions nul besoin d'examiner l'état de notre budget. La prospérité matérielle dont tous les journaux font grand bruit sans que personne y puisse contredire, se traduit chez nous par un dividende de 15 p. 100 qui nous dispense d'alléguer d'autres preuves, et qui nous autorise à bien des hardiesses.

Un autre point méritait plus d'attention. L'Union Médicale, avec ses caractères serrés, sa « justification » qui dévore les manuscrits, ses deux volumes de 1100 pages, souffrait toujours de l'abondance des matières.

Organe officiel de plusieurs Sociétés savantes, elle publiait par devoir des travaux qui l'envahissaient, risquant de lui ôter toute physionomie personnelle. La plupart des travaux de Sociétés ont, en effet, des qualités spéciales auxquelles nous avons fait allusion tout à l'heure, et dont s'accommodent merveilleusement les revues mensuelles. Coupés en tronçons dans plusieurs numéros d'un journal, ils perdent beaucoup à cette mutilation. De plus, comme ils nous conduisent pas à pas à travers les recherches et les méditations d'un auteur, ils nous intéressent vivement à sa personne, plus encore qu'au sujet traité; le lecteur soupçonneux voit trop souvent qu'on n'a pas écrit pour lui seul. Par là, nous ne voulons pas nier aux auteurs le droit de recueillir les fruits de leur peine, mais nous entendons que certaines œuvres ne conviennent pas au journalisme.

Dans l'encombrement des insertions obligatoires, l'actualité disparaît, des questions surgissent auxquelles personne ne s'attend et que chacun oublie sur l'heure. Il arrive aussi que des discussions s'élèvent, qui durent à l'infini et s'épuisent dans une Société pour recommencer dans une autre; le journal encombré les prolonge pour sa part, et en donne les derniers échos plusieurs semaines après qu'elles sont éteintes; mais déjà depuis longtemps le public fatigué n'écoute plus rien. L'œuvre du journal n'est pas de les reproduire dans leurs détails et leurs répétitions; il doit suivre la lutte engagée, en montrer les phases, en communiquer l'esprit, et conclure au moment propice.

Entre tous, les mémoires de la *Société médicale des hôpitaux* ont une grande valeur et sont signés par d'éminents confrères. Néanmoins, les raisons qui précèdent et la nécessité d'ouvrir nos colonnes toutes grandes à une rédaction nouvelle, nous ont déterminés à cesser nos relations officielles avec une Compagnie dont tous les membres sont nos amis ou nos collègues vénérés.

Est-ce à dire que la Société médicale des hôpitaux n'aura plus à figurer dans nos colonnes? Loin de là; et à certains égards, elle y sera mieux représentée. Le compte rendu des séances, confié à une plume qui sait écrire et que nos lecteurs connaissent, aura l'exactitude des procès-verbaux officiels sans en avoir l'aridité; de plus, affranchi des retards dont les auteurs et les secrétaires se renvoient la responsabilité, il paraîtra invariablement quelques jours après la séance. Les longs mémoires avec tableaux et pièces justificatives ne feront plus dire que « l'Union médicale n'est pas pratique »; mais nous saurons les écouter, les recueillir, en donner la substance. Nous y trouverons plus d'une fois la matière de ces articles d'enseignement, de ces revues critiques dont nous avons montré plus haut l'importance. Enfin, ceux dont la nature et les dimensions nous tenteraient, pourront toujours figurer *in extenso* dans l'UNION MÉDICALE, comme extraits du Bulletin officiel publié par la librairie G. Masson.

Un écrivain qui, par une faculté rare, donne le résumé fidèle des communications sans erreurs ni obscurité, continue à nous peindre les séances d'une Société qui est la première de toutes par la sévérité de son organisation et l'activité de ses membres, la *Société de chirurgie*. Nous restons l'organe officiel de la *Société de médecine de Paris*. Nous mettrons à contribution la *Société de thérapeutique*... Mais en cherchant partout, et nous tenant à l'affût des nouveautés de bon aloi, nous éviterons les comptes rendus fastidieux; toujours le choix, l'analyse et la critique prendront la place de l'énumération pure et simple et de la prolixité officielle.

Nous faisons appel aux *Sociétés médicales des départements*. Beaucoup d'entre elles ont une louable activité, mais nous les connaissons peu. Nous voudrions être informés de leurs travaux et entretenir avec elles des relations amicales.

Que dire de plus? Les *intérêts professionnels* subissent aujourd'hui une

véritable crise. Une certaine hésitation de notre part est inévitable; mais jamais ces questions vitales ne nous trouveront indifférents. Les rapports de l'Association générale avec les Syndicats préoccupent en ce moment les meilleurs esprits; s'il y a de ce côté une doctrine à soutenir, une campagne à engager, nous le ferons avec courage quand le moment sera venu.

Nous avons donné depuis deux ans une riche collection d'indications bibliographiques. Les *Revues de journaux* peuvent être améliorées et traitées plus largement. Les *Causeries* du samedi nous ont valu plus d'un éloge; nos deux causeurs, d'un esprit si opposé, n'ont qu'à marcher devant eux en suivant chacun leur chemin. L'indication des *thèses* soutenues à la Faculté, les *renseignements* divers ne seront jamais négligés, dans l'intérêt des médecins de tout ordre et aussi des étudiants, à qui l'administration du journal a toujours fait des conditions très douces, et dont la rédaction, elle aussi, veut bien mériter.

Dans tout ce qui précède, nous avons traité quelques points avec précision, en évitant les promesses banales et les termes vagues. Notre journal nous a paru dispensé de rappeler son âge vénérable, son regain de jeunesse et son avenir assuré. Nous avons laissé de côté « les sacrifices qu'il s'impose » et « le chiffre étonnant des adhésions qu'il reçoit tous les jours. » C'est que l'UNION MÉDICALE n'a pas la prétention d'être supérieure à tous; elle se sait meilleure que bien d'autres, et n'est jalouse de personne.

L.-G. RICHELOT.

La spléno-pneumonie (1),

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 10 août 1883,

Par M. GRANCHER, agrégé de la Faculté, médecin de Necker.

J'observe actuellement dans mon service un autre malade dont l'histoire sommaire éclaircira celle que je viens de rapporter. Les deux faits se tiennent par les côtés essentiels et s'écartent un peu par quelques points secondaires.

Il s'agit ici d'un jeune homme de 19 ans, un peu chétif et fils d'une mère morte tuberculeuse, suspect par conséquent, quoique d'une bonne santé habituelle.

Ce garçon souffrait depuis deux mois, de temps en temps, au niveau des fausses côtes gauches, lorsque le 26 août dernier, il se fatigua beaucoup pour monter, en traînant une charrette, la côte de Bicêtre. Il se coucha le soir à son habitude, mais au lever du lendemain, ressentit un violent point de côté à gauche et des frissons. Le médecin fut appelé et prescrivit l'application d'un vésicatoire. Mais le 30 août, son état empirant, Rou... vint à l'hôpital.

La toux est forte, sèche, quinteuse, paroxystique jusqu'à la suffocation ; la douleur de côté très pénible, la fièvre vive, 40°,2, l'expectoration nulle.

Les signes physiques dans le tiers inférieur de la poitrine à gauche sont ceux d'un épanchement : matité, vibrations presque abolies, souffle doux, surtout expiratif. Broncho-égophonie légère avec pectoriloquie aphone. Mais pendant les grandes expirations d'un accès de toux, on entend jusqu'en bas des crépitations dispersées à l'inspiration seulement.

L'espace de Traube est très sonore. Les vibrations reparaissent en augmentant progressivement jusqu'au sommet.

Sous la clavicule, on constate le schème II, son +, vibrations +, respiration — et rude en même temps.

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 décembre 1883.

Dans les jours qui suivent, la fièvre étant toujours fort vive, les signes physiques envahissent, *en montant et en tournant*, la région sous-axillaire et sous-claviculaire si bien que, aux 2 et 3 septembre, on se serait cru devant un cas de ces *pleurésies tournantes* de Lasègue.

En avant, latéralement et en arrière, le poumon était mat de la base au sommet et les vibrations très diminuées. Le souffle était dur et fort comme il arrive quelquefois dans les grands épanchements.

Mais l'espace de Traube gardait sa sonorité dans toute son étendue et les crépitations fines et discrètes quoique inconstantes étaient perçues jusqu'au bord inférieur du poumon.

La toux était un peu calmée, l'expectoration toujours nulle.

Je fis avec la seringue de Pravaz une ponction exploratrice dans le septième espace intercostal. Elle fut négative.

Jusqu'au 7 septembre, l'état ne change point ; mais, à partir du 8, Rou... va mieux, la toux cesse, cependant le souffle est toujours fort et diffus dans toute la hauteur du poumon, les crépitations quoique rares sont toujours présentes jusqu'en bas, au niveau de la gouttière vertébrale.

Le 12 septembre, notre distingué confrère, M. Leudet, de Rouen, me faisant l'honneur de suivre ma visite, je lui montrai ce malade qui allait déjà beaucoup mieux. Le sommet commençait à se dégager et laissait entendre de nombreuses et grosses crépitations. En bas et en arrière, le souffle était plus aigu, avec une tonalité plus haute que la veille, et une nouvelle ponction pratiquée sous les yeux de M. Leudet dans l'angle des côtes donna issue à un liquide citrin un peu visqueux.

Il est probable qu'une petite quantité de liquide s'était formée récemment dans la plèvre, au moment de la convalescence, quand le poumon moins congestionné revenait sur lui-même, car, depuis la première ponction, j'en avais fait deux autres également négatives.

La présence des crépitations superficielles d'une part, la conservation intégrale de l'espace de Traube d'autre part, éloignaient l'idée d'un épanchement abondant, et pour M. Leudet, comme pour moi, il ne parut pas douteux que cet exsudat pleural était un *épisode* ancien ou récent survenu dans le cours d'une *maladie du poumon*.

Le lendemain et les jours suivants, nous trouvâmes de gros frottements dans la région sous-axillaire et mamelonnaire, ce qui vint confirmer la participation de la plèvre au processus morbide.

Car le problème se pose et se posera souvent ainsi :

S'agit-il d'une pleurésie avec épanchement abondant, accompagnée d'un peu de congestion pulmonaire ou d'une pneumonie subaiguë, d'une splénopneumonie avec un peu de liquide dans la plèvre ?

Existe-t-il une troisième combinaison où le processus fluxionnaire également réparti sur la plèvre et le poumon fournisse un mélange à doses égales de pleurésie et de pneumonie ? ou encore, la fluxion ne porte-t-elle pas ses efforts alternativement sur la plèvre et sur le poumon, comme il arrive dans ces cas de fluxion pleuro-pulmonaire dont a parlé M. Potain au congrès de Rouen ? On voit que la question n'est pas toujours simple.

Mais, revenant au sujet qui nous occupe, j'espère trouver peu de contradicteurs si je dis qu'un petit épanchement ne change pas le diagnostic quand il est survenu dans le cours ou en conséquence d'une lésion pulmonaire primitive et dominante ; et c'est le cas de mon second malade.

Voici maintenant l'histoire abrégée d'un autre homme actuellement dans mon service.

D..., Ch., 41 ans, est un albuminurique chez lequel la paracentèse fut faite l'an dernier à plusieurs reprises par mon interne M. Netter ; aujourd'hui, malgré la persistance d'un peu d'albumine dans les urines, l'ascite et l'anasarque ont disparu, mais il reste du côté gauche un ensemble de signes

qui a fait porter par les élèves le diagnostic d'hydro-thorax : matité, vibrations abolies, souffle doux, égophonie.

A l'origine, vers le 8 juin, D... se plaignit de courbature et de frissons accompagnés d'une dyspnée assez intense et d'un point de côté à gauche. Il toussait et crachait beaucoup. Au contraire, il ne tousse et ne crache plus aujourd'hui, quoique les signes physiques de la lésion du poumon gauche soient à peu près immobilisés depuis plus de trois mois. Mais, dans cet intervalle, D... a traversé plusieurs épisodes aigus pendant lesquels la toux reparaît avec les crachats, en même temps que le poumon droit, sain d'ordinaire, se remplit de râles ronflants et muqueux. Une fois même, presque à l'entrée du malade, un délire assez vif survint pendant deux ou trois nuits, et nous dûmes commander une surveillance rigoureuse.

Il ne faut pas oublier que cet homme est albuminurique et que ces crises de bronchite avec expectoration et toux, que ce délire même dépendent très probablement de sa néphrite.

D'ordinaire, il est tranquille, sans fièvre, sans dyspnée, sans toux ni expectoration, il se lève tous les jours et se promène dans la salle. La mine est assez bonne, l'appétit suffisant. A le voir, on ne soupçonnerait ni qu'il est albuminurique, ni que, si son poumon droit est sain, le gauche est altéré dans toute sa hauteur.

Ce fut d'abord une lésion circonscrite au lobe inférieur et caractérisée par les signes classiques d'un épanchement intra-pleural. Matité, abolition presque complète des vibrations, souffle doux, expiratif, broncho-égophonie.

Peu à peu, le tympanisme sous-claviculaire fit place à de la matité, et sur ce point, comme dans la fosse sus-épineuse, on trouva de la matité unie à l'augmentation des vibrations et à l'affaiblissement respiratoire. (Schème II.)

Le 26 juillet, je fis une première ponction exploratrice négative, et jusqu'à la fin de septembre quatre nouvelles ponctions, toujours inutilement.

J'ajoute que l'espace de Traube est intact, que quelques crépitations pulmonaires s'entendent jusqu'à la base, qu'au-dessus de la zone inférieure du poumon les vibrations reparaissent peu à peu et non brusquement..... tous signes favorables à une spléno-pneumonie.

Nous voilà donc en possession de quelques faits qui nous permettent de rapporter au poumon la cause unique ou prépondérante de symptômes assez semblables à ceux d'une pleurésie subaiguë ou chronique. Résumons les symptômes :

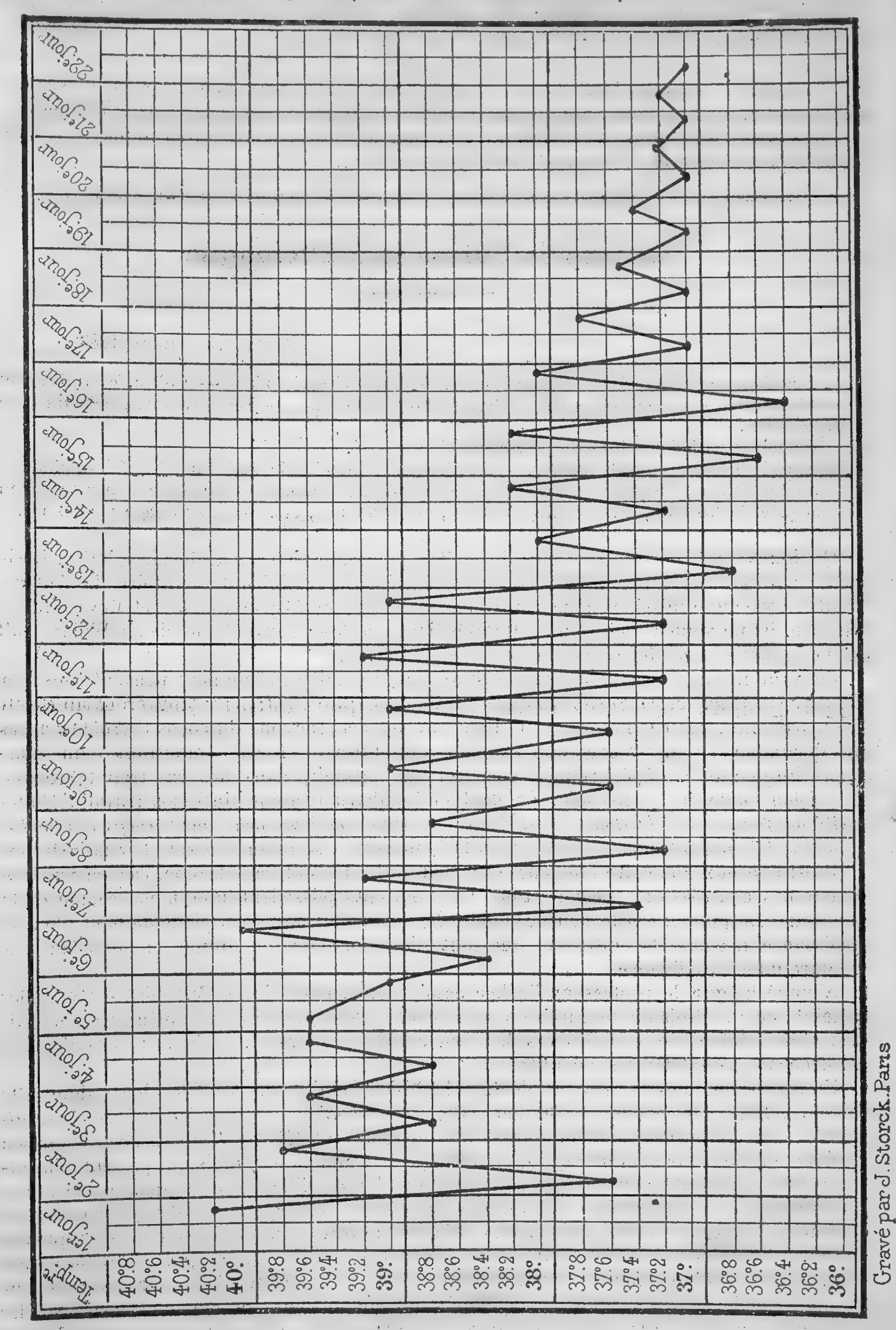
Matité, diminution considérable des vibrations, souffle doux, broncho-égophonie auxquels il faut ajouter les crépitations discrètes limitées à l'inspiration, la conservation de l'espace de Traube, l'augmentation *progressive* des vibrations de la base au sommet. A ces caractères, il convient d'ajouter, que même dans la forme aiguë la maladie marche et diparaît lentement.

R... a mis cinq semaines à guérir, et pendant plus de quinze jours, les signes physiques sont restés immobiles. Mon second malade, Rou..., est malade depuis un mois, et la résolution de sa pneumonie commence à peine; sa fièvre vive au début a duré près de vingt jours en comptant ceux qu'il a passés hors de l'hôpital. Enfin, D..., sujet de ma troisième observation, est malade depuis plusieurs mois et complètement apyrétique.

Si le début peut être aigu ,et simuler par le frisson, le point de côté, la toux, une pneumonie franche ou une pleurésie, l'évolution, toujours traînante, peut être assez ralentie pour permettre de constituer une forme chronique à côté de la forme subaiguë que je suppose être la plus commune,

Ce que nous savons de la marche de la température confirme l'idée d'une phlegmasie subaiguë. Sur le tracé ci-joint de Rou... on remarque que les grandes oscillations de la colonne thermique entre 37 et 39,5, exacerbations

vespérales et rémissions du matin, conduisent à une défervescence progressive vers le douzième jour (seizième de la maladie).



Au contraire, R..., le soir de son entrée, 7e jour de la maladie, avait 38°5; le lendemain il était apyrétique et depuis ce moment jusqu'à sa guérison la fièvre fut nulle; la phlegmasie pulmonaire fut ici très bénigne, et sans aucune complication du côté de la plèvre.

Le troisième malade est apyrétique, ce qui ne veut pas dire qu'il n'a pas

eu, à l'origine, quelques journées fébriles, mais nous ne connaissons ni le degré ni la forme de cette fièvre. De nouvelles observations sont nécessaires pour combler cette lacune. De même, l'examen des urines mérite une recherche spéciale que nous n'avons point faite (1). (*A suivre.*)

(1) Depuis la communication de ce travail, j'ai observé deux nouveaux cas de splénopneumonie, un dans le service de mon collègue M. Blachez, un second dans le mien.
Les signes physiques, la marche de la maladie et la courbe thermique sont asse semblables à ceux que je viens de décrire chez Rou...

Lettres de Suisse et d'Allemagne

Berne, 13 octobre 1883.

Les fonctions de la thyroïde à propos de la *cachexia strumi priva*. — Goître, crétinisme et surdi-mutité. — Recherches histologiques et microbiques. — Tentatives de greffe du tissu thyroïdien.
Le Manuel de pathologie interne de Strumpel.
L'antisepsie actuelle en Allemagne. — La décadence de l'acide phénique. — Le sublimé, le chlorure de zinc, l'oxyde de zinc et le sous-nitrate de bismuth. — Pansements par occlusion à la pâte de bismuth, à la tourbe, au sable, au verre pilé, etc. — Le drainage par les fils.

Quelques mots encore à propos du goître pour compléter ma dernière lettre. Désireux, paraît-il, d'étudier la *cachexia strumi priva* ou crétinisme opératoire, les Anglais vont envoyer une mission pour contrôler les cas observés par Kocher et Reverdin, de Genève. Ils ne veulent voir dans cette affection que leur myxœdème de sir Willam Gull et la cachexie pachydermique du professeur Charcot.

Ceux de nos confrères que cette question intéresserait spécialement peuvent consulter la *Revue médicale de la Suisse romande* du 15 novembre 1883; ils y trouveront un excellent article du docteur Lombard, de Genève « sur les fonctions du corps thyroïde d'après les documents récents » avec une planche reproduite de Kocher montrant d'une manière frappante le dépérissement corporel que produit, dans des cas trop fréquents, l'excision totale de la thyroïde. Le docteur Lombard termine ainsi son travail : *L'intégrité des fonctions de la thyroïde est d'une importance majeure pour que le corps et l'intelligence se développent* normalement dans la jeunesse et se maintiennent chez les adultes.

Il est heureux que cette idée posée un peu en loi ne soit pas absolue, car en Suisse il existe des contrées où presque tous les habitants possèdent une hypertrophie de la thyroïde. De plus, il existe heureusement des gens goîtreux de 6 pieds de haut, dont la croissance n'a pas été entravée, qui sont d'une force peu commune et possèdent une remarquable intelligence.

N'empêche que le professeur Kocher essaie maintenant de greffer chez ses malades atteints de « crétinisme opératoire » un nouveau goître, en introduisant un fragment de thyroïde fraîchement excisé dans le tissu cellulaire sous-cutané du cou. Les résultats sont encore complètement négatifs.

Un travail analogue à celui du docteur Lombard, mais plus considérable, publié cette année à Bâle par le docteur Bircher (*Le goître endémique et ses relations avec la surdi-mutité et le crétinisme)*, présente aussi un véritable intérêt. C'est une brochure un peu traînée en longueur comme la plupart des travaux allemands, mais qui présente l'avantage d'être admirablement exacte dans tous ses détails. Elle est accompagnée de cartes géographiques sur lesquelles est inscrite en couleur la répartition des trois endémies étudiées. L'auteur admet que le goître, la surdi-mutité et le crétinisme ne sont que des formes diverses du crétinisme. Il cherche aussi à démontrer un rapport entre la nature du sol et le développement de ces affections, et il veut conclure de ses observations que le goître se développe surtout sur les dépôts marins, et plus spécialement encore sur les sédiments marins de la période triasique et de la période tertiaire. Les terrains de soulèvement, d'éruptions, les masses granitiques, les sédiments jurassiques et crétacés, les dépôts marins de l'époque quaternaire et tous les dépôts d'eau douce en seraient exempts. Il pense en définitive que le crétinisme, et le goître par conséquent, sont un produit d'infection dont le miasme organique se développe dans certains sédiments marins et qui pénètre dans l'organisme par la voie des eaux potables.

Des recherches histologiques dans cette direction n'ont encore donné aucune preuve. Des essais de culture n'ont pas fourni de meilleurs résultats; dans un cas, il se développe des micrococques; dans un autre, des bacilles qui n'ont absolument aucun rapport entre eux et qui proviennent très probablement d'un accident au moment de la greffe.

D'Allemagne je citerai un ouvrage qui vient de paraître à Leipzig et dont on dit le plus grand bien, c'est un *Manuel de pathologie interne* publié par le jeune professeur Strümpel, chef de la polyclinique de Leipzig.

Puisque je suis en Allemagne, j'y reste et vous donnerai un exposé de l'antisepsie telle qu'elle y est comprise maintenant. Le prix quelquefois un peu exorbitant des pansements de Lister et la recherche d'un antiseptique parfait n'ont pas peu contribué depuis quelques années à modifier considérablement la pratique des chirurgiens. Le spray est de plus en plus abandonné ou n'est plus employé que pour désinfecter la salle avant d'opérer. Il est remplacé avec avantage par un lavage fréquent des mains pendant l'opération avec une solution désinfectante et par une irrigation plus ou moins continue de la plaie et de ses environs avec l'eau phéniquée à 1 ou 2 p. 100, la solution de sublimé corrosif, etc., etc.

L'enthousiasme pour l'acide phénique est aussi en baisse, et déjà, dans plusieurs Universités, on n'emploie guère les solutions phéniquées que pour désinfecter les instruments, parce qu'elles ont l'avantage de ne pas les détériorer. On préfère maintenant le sublimé corrosif, excellent désinfectant d'ailleurs, d'un prix peu élevé et tuant avec des solutions très faibles, dans un court espace de temps, jusqu'aux *spores* des organismes d'infection. Les solutions les plus généralement employées sont celles à 1 p. 1000 dans les cas de plaies infectées, 1 p. 2000 dans les cas ordinaires, 1 p. 5000 pour l'irrigation pendant l'acte opératoire, enfin 1 p. 10,000 dans les laparotomies où l'on veut injecter directement la cavité péritonéale.

Les résultats sont excellents ; dans quelques cas on observe une faible intoxication se manifestant par une légère élévation de température pendant deux ou trois jours au plus, mais cela est bien rare. La sécrétion de la plaie n'est pas abondante avec le sublimé, et l'on obtient de très belles guérisons par première intention. Les solutions de sublimé ont aussi l'énorme avantage de ne pas rendre la peau des mains aussi rugueuse que l'acide phénique.

Le chlorure de zinc, beaucoup recommandé par Kocher, de Berne, donne aussi de bons résultats sous forme de solution à 2 p. 1000. Il est surtout employé pour le lavage des cavités péritonéale et pleurale (empyème), car il présente peu de danger d'intoxication. Chose curieuse, Koch, de Berlin, nie encore sa valeur antiseptique, et cependant l'expérience lui donne absolument tort.

Plus récemment, M. Kocher a proposé le *sous-nitrate de bismuth*, dont les propriétés désinfectantes seraient plus puissantes que celles de l'iodoforme sans présenter les mêmes dangers. Pour l'irrigation des plaies, on fait usage, en général, d'une solution de 1 ou 2 p. 1000. De plus, comme l'iodoforme, il est aussi employé en poudre, en bâtonnets, enfin on prépare facilement soi-même une gaze bismuthée à 10 ou 20 p. 100.

Le professeur Socin, de Bâle, a plus nouvellement encore proposé l'oxyde de zinc, dont l'emploi est analogue à celui du bismuth. Il est bon seulement de faire des solutions plus concentrées.

Ces deux derniers antiseptiques s'emploient aussi sous forme de pâte, pour fermer d'une façon hermétique les blessures fraîchement suturées. Avec le bismuth, on obtient ainsi de superbes cicatrisations par première intention.

La clinique de Strasbourg utilisait, l'été dernier, à la manière de l'iodoforme, un mélange par moitié de sucre et de naphthaline. Lücke, un grand admirateur des remèdes populaires, était plein d'enthousiasme pour ce nouveau traitement.

Je parle en passant de l'eau iodée, du thymol et de l'acide salicylique, dont l'usage ne s'est jamais généralisé. Par contre, la teinture d'iode concentrée est de plus en plus en honneur pour désinfecter d'une façon énergique les plaies septiques, les cavités d'abcès, ou les parties molles nécrosées et puantes. De l'iodoforme je ne parlerai pas; vous l'employez plus que nous maintenant, car nous avons peur de l'intoxication. Il est surtout en faveur pour les petits pansements dans les polycliniques, de même que la naphthaline.

Pour recouvrir les plaies directement, on applique à leur surface des couches successives de pâte de bismuth, qu'on recouvre d'une simple gaze préalablement trempée pendant quelques jours ou quelques heures dans une solution à l'acide phénique, au sublimé ou au bismuth. Le liquide est simplement exprimé au moment de l'emploi. Cette gaze coûte infiniment moins cher que la gaze de Lister ou les gazes analogues et donne de tout aussi beaux résultats. Le protective et les feuilles de caoutchouc tombent aussi en désuétude. La ouate elle-même est remplacée par les matériaux les plus divers.

Chaque clinique ou à peu près possède un procédé qui lui est particulier depuis la *jute* phéniquée jusqu'à la *tourbe*, à la *mousse*, au *sable*, à la *cendre*, à la *sciure de bois*, au *verre pilé*, etc. La tourbe des marais, la mousse et la sciure de bois sont lavées à grande eau, séchées et grillées à 100 ou 110°, désinfectées dans une solution de sublimé à 1 ou 2 p. 100, puis séchées et réunies en sachets qu'on place sur le pansement de la même manière que les plaques de ouate.

Pour terminer, je citerai la suture secondaire de Kocher, qui remplace avantageusement le drainage. Après l'opération, ce chirurgien laisse un ou deux fils lâchement noués, place un bandage compressif qu'il change après vingt-quatre ou quarante-huit heures, et noue seulement alors d'une façon exacte les fils sus-mentionnés.

Toute la sécrétion s'écoulant hors de la plaie, on obtient ainsi des cicatrices par première intention, sans granulations bourgeonnantes, comme en laissent toujours les drains après leur enlèvement, et, par suite, absolument linéaires.

Edmond Lardy.

JOURNAL DES JOURNAUX

Revue des Journaux italiens.

Note clinique de M. le professeur E. de Renzi, *sur la syphilis pulmonaire.* — Une observation de syphilis pulmonaire, recueillie à la clinique de l'Université de Naples, a servi de thème à l'étude que M. de Renzi publie dans le n° 10 de la *Rivista clinica e terapeutica.*

L'auteur rappelle brièvement les travaux de Ricord, Fournier, Lancereaux, Virchow, Güntz, Sokolowski, Bouchard et Colin, Campana, etc., sur ce sujet difficile. Tous ces médecins ont signalé les altérations de l'appareil respiratoire dans la syphilis; M. de Renzi s'est borné pour sa part à bien démontrer les points suivants :

1° La syphilis du poumon peut être *héréditaire* ou *acquise.*

2° Une mauvaise alimentation, le catarrhe aigu des voies respiratoires, le catarrhe chronique, en favorisent le développement.

3° Il faut savoir, pour distinguer cette maladie de la tuberculose : 1° que le bacille de Koch n'existe pas dans les crachats; 2° que la maladie guérit par le traitement spécifique; 3° qu'il existe d'autres lésions concomitantes et surtout des ulcères syphilitiques au larynx; 4° que l'affection n'apparaît ordinairement qu'après plusieurs années de la période d'invasion, quatre ans et souvent plus.

4° L'iode et l'iodure de potassium parviennent à guérir la syphilis pulmonaire; le mercure agit cependant encore mieux et plus vite, et doit être préféré.

Recherches sur l'action de la morphine sur la circulation, par M. le professeur Curci (*Lo Sperimentale*). — L'éminent praticien qui s'est occupé de cette intéressante question a constaté nettement, ce qui du reste était déjà bien connu, que, quelle que soit la dose de morphine employée, le pouls se ralentit, devient plus ample; il y a congestion et excitation des nerfs vagues. Les sels de cet alcaloïde produisent encore une modification dans la pression sanguine; d'abord une diminution brève et rapide, puis une augmentation jusqu'à ce que se produise l'effet narcotique, où la pression sanguine diminue de nouveau. Ces effets n'influencent en rien le rhythme cardiaque, que les nerfs vagues soient dans leur intégrité ou qu'on les ait coupés; à haute dose, la morphine abaisse la pression sanguine.

Si la moelle allongée est détruite, la morphine abaisse encore la pression sanguine, mais graduellement; on n'en constate pas ensuite l'augmentation, comme cela a lieu dans les conditions normales. Le grand sympathique n'est jamais paralysé malgré l'effet narcotique obtenu.

Ajoutons à cette étude l'action curative des sels de morphine donnés sous forme d'injections sous-cutanées dans le morphinisme. *Similia similibus*...

Laparotomie. — Le 10 octobre, à l'hôpital de Zévio (province de Vérone), M. le professeur P. Négri exécutait une laparotomie pour un double kyste de l'ovaire et pour des fibromes multiples de l'utérus.

L'acte opératoire consista en une double ovariotomie et dans l'amputation supra-vaginale de l'utérus; les pédicules furent fixés à l'angle inférieur de la plaie, qui fut traitée par la méthode antiseptique. La guérison a été obtenue sans le moindre incident.

Deux cas d'opération de Porro. — Le premier appartient à M. le docteur Boni, de Castel San Nicolo (Arezzo); il a été exécuté sur une rachitique à la suite d'une grave hémorrhagie, et alors que l'on ne pouvait plus songer à tenter autre chose. Dix-sept jours après l'opération, la malade était guérie.

Le second cas est de M. le professeur A. Martino, chirurgien en chef de la Maternité de Naples (hôpital des Incurables); mêmes conditions que précédemment; la mère et l'enfant furent sauvés. (*Gazzetta degli ospitali*, n° 86.)

Divulsion rétrograde de l'œsophage et du pylore. — M. le professeur Loreta s'est définitivement fait une spécialité de cette opération; nous sommes heureux d'avoir cette fois encore à enregistrer deux nouveaux succès dus à la hardiesse opératoire de cet habile chirurgien.

Le premier malade était atteint d'un rétrécissement au tiers inférieur de l'œsophage et au niveau du pylore par suite de l'ingestion de potasse caustique; la situation du sujet était désespérée. M. le professeur Loreta attaqua la sthénose par la voie stomacale et put vaincre la résistance des parties rétrécies à l'aide de son dilatateur. L'opération des plus brillantes dura à peine une demi-heure. Le quatorzième jour, la plaie extérieure était guérie; le passage quotidien d'une sonde œsophagienne pendant quelques semaines a rendu définitive cette guérison qui fait honneur à son inventeur et à toute l'école bolonaise.

La seconde observation, identique à la première, au moins comme manuel opératoire, a été exécutée avec un plein succès sur une jeune dame de 26 ans. (*Gazzetta medica Lombardia*, n° 74.)

Trois lettres d'illustres anatomistes du XV*e siècle, Arantius, Canano, Fallope*, A. Corradi. — Les infatigables recherches historiques du savant recteur de l'Université de Pavie ont cette fois encore été récompensées. Les lettres que publient les *Annali universali di medicina e chirurgia* (numér d'août) méritent à tous points de vue d'être signalées aux lecteurs de l'*Union Médicale*, non seulement à cause de l'intérêt spécial qui est attaché aux écrits de ces illustres maîtres, mais aussi pour les faits curieux qu'elles renferment. Nous regrettons vivement que le cadre de cette Revue ne nous permette que d'indiquer ces documents précieux pour l'histoire de la médecine.

Millot-Carpentier.

CORRESPONDANCE

Monsieur et cher Directeur,

Je crois utile de signaler à nos confrères un mode d'escroquerie assez peu connu, et dont je viens d'être victime.

Il y a quelques jours, un Monsieur d'une soixantaine d'années, ayant l'air d'un gentilhomme campagnard, vient chez moi au moment de ma consultation, insistant comme médecin de province, dit-il, pour être reçu immédiatement. Il me demande si je consentirais à aller voir du côté de Rennes un de ses amis et ancien client qui vient d'être atteint d'une paralysie. J'y consens évidemment, et dans le courant de la conversation il me dit que le malade, le comte B..., était son ami, mais qu'il fallait avant tout, c'était son principe, sauvegarder les intérêts du médecin consultant, et que je pouvais demander une somme supérieure à celle que je venais de fixer, la fortune étant considérable. Je vous accompagnerai, ajoute-t-il, et je resterai au château, car il faudra probablement un second voyage de votre part, et je reviendrai avec vous plus tard.

Cela me paraissait bien un peu étrange, mais c'était dit avec tant de rondeur, que je fus aisément convaincu de la sincérité de mon interlocuteur, surtout quand il m'eut expliqué qu'il ne pratiquait plus depuis quelques années, qu'ayant épousé une veuve très riche, il restait à la campagne aux environs de Paris, où il passait son temps à cultiver ses fleurs.

Il me demanda de faire chercher un indicateur récent des chemins de fer, et nous primes jour pour ce départ. Je lui offris de nous retrouver à la gare, mais il eut l'amabilité de m'éviter cette course, et insista pour envoyer aussitôt une dépêche, et pour revenir le lendemain me donner les indications précises. « Il faut d'ailleurs, ajouta-t-il, que je revienne demain de très bonne heure, car j'ai différents objets à acheter, et même je suis très ennuyé aujourd'hui car je n'ai pas pris assez d'argent sur moi, et je voudrais bien faire quelques achats les plus pressants que j'ai promis de rapporter à ma

femme. » Je donnai la somme qu'il disait lui manquer, indécis devant un refus dont tout le monde comprendra l'embarras. Je le répète, le langage et les manières de ce soi-disant confrère étaient tellement concordants, que c'est à peine si je regrette mon argent devant le talent de cet artiste en escroquerie.

Je n'ai pas eu de peine à me convaincre que j'avais été joué, mon individu n'ayant pas reparu, et un de mes amis, professeur à la Faculté, m'ayant dit avoir aussi reçu récemment sa visite. Je doute que cet étrange confrère lise l'*Union médicale*, et probablement recommencera-t-il auprès d'un de vos lecteurs la tentative qui lui a si bien réussi auprès de moi.

Veuillez agréer, etc. Dr Onimus.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT DU 24 AU 29 DÉCEMBRE 1883.

Lundi 24. — M. Pillot : De l'anévrysme des os. (Président, M. Verneuil.) — M. Murie : De la résection du pylore dans les lésions organiques de l'estomac. (Président, M. Verneuil.) — M. Monique : Des principales applications de l'acide acétique. — L'acide pyroligneux dans le traitement de la teigne tondante et de quelques autres affections certaines. (Président, M. Fournier.).

Jeudi 27. — M. Gravin : Etude clinique sur la montée du lait chez les nouvelles accouchées. (Président, M. Pajot.) — M. Gachassin : De la rétroversion de l'utérus au point de vue de la stérilité acquise. (Président, M. Pajot.) — M. Verdier : Contribution à l'étude de la dénudation des veines. (Président, M. Gosselin.) — M. Chauzeix : Le Jequirity ; son emploie en ophthalmologie. (Président, M. Panas.) — M. Cochez : De la recherche du bacille de la tuberculose dans les produits d'expectoration. (Président, M. G. Sée.) — M. Bich : De l'atrophie testiculaire consécutive aux oreillons. (Président, M. Ball.)

Vendredi 28. — M. Meynard : Oblitération de l'aorte abdominale par embolie ou par thrombose. (Président, M. Potain.) — M. Chollet : De la tuberculose au cours de la fièvre typoïde. (Président, M. potain.) — M. Savidan : Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde sur la grossesse et réciproquement. (Président, M. Potain.)

COURRIER

Administration générale de l'Assistance publique, a Paris. — *Distribution des prix* aux élèves internes et externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris, et *proclamation des élèves* nommés internes et externes à la suite des concours ouverts en 1883, pour entrer en fonctions le 1er janvier 1884.

La séance de distribution des prix aux élèves internes et externes des hôpitaux et hospices civils qui ont concouru en 1883, aura lieu aujourd'hui 27 décembre 1883, à deux heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3.

Dans cette même séance aura lieu la proclamation des noms des élèves internes et des élèves externes nommés à la suite des concours de 1883.

Nécrologie. — On annonce la mort de MM. les docteurs Béliard (de Crécy), Boucherot, (de Petit-Quevilly), et Louis Hébert, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris.

— e Lconcours pour trois places de médecin inspecteur des écoles, ouvert à Lyon. vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Boyer (Jean), Audry et Carry,

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* Lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes en cristal plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

Collège de France. — Sont autorisés à se faire remplacer pendant le premier semestre de l'année scolaire 1883-1884 :

M. Brown-Séquard, professeur de médecine, par M. d'Arsonval.

M. Marey, professeur d'histoire naturelle des corps organisés, par M. François Franck.

Le gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 61, rue de Lafayette.

Sommaire

La spléno-pneumonie (1),

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 10 août 1883,

Par M. GRANCHER, agrégé de la Faculté, médecin de Necker.

Arrivons à l'étude de la lésion. Nous n'avons pas d'autopsie et nous ne pouvons procéder que par induction et *sous toutes réserves*. Mais nos connaissances sur les phlegmasies pneumoniques autorisent peut-être, dès maintenant, un essai de description.

Dans sa thèse d'agrégation sur les différentes formes de la broncho-pneumonie, M. A. Joffroy a fait une part à l'étude de la splénisation et a ouvert un chapitre à la spléno-pneumonie qu'il considère comme une forme de la broncho-pneumonie, correspondant à la *pneumonie lobulaire généralisée* de Barrier, à la broncho-pneumonie pseudo-lobaire de Damaschino et Cadet de Gassicourt.

Bien que la pathologie de l'enfance ait été l'objectif principal de M. Joffroy, cependant l'âge adulte n'est pas systématiquement écarté de sa description, tant s'en faut.

Il est, du reste, facile de trouver dans l'excellente monographie de notre collègue le même exposé de symptômes que nous avons trouvés dans nos propres observations : la matité, le souffle doux, les crépitations, la diminution ordinaire des vibrations, tout ce qui est essentiel s'y rencontre jusqu'à la fièvre exacerbante le soir et rémittente le matin. Mais, chez l'enfant, les symptômes sont plus mobiles ou fugaces, les crépitations plus abondantes, la dyspnée souvent très grande et le rhythme respiratoire interverti.

Ces dissidences ne sauraient effacer l'accord des principaux symptômes chez l'adulte et chez l'enfant, tel qu'il ressort de la description donnée par les auteurs, comparée à l'observation de mes malades. Dans les deux cas la splénisation du parenchyme pulmonaire serait l'élément fondamental de la maladie. Ce qui reste douteux jusqu'à l'autopsie, c'est la part proportionnelle de la splénisation dans le processus morbide.

Grâce aux travaux de Louis, Vulpian, Bazin, Charcot, Balzer, nous commençons à distinguer l'atélectasie pulmonaire, la broncho-pneumonie, la splénisation.

L'association en quantités variables de ces trois éléments et de quelques autres, emphysème, vacuoles, etc., compose la lésion complexe de la *broncho-pneumonie* des enfants. Or, à ne considérer que la splénisation et les nodules broncho-pneumoniques, on peut les rencontrer en proportion inverse selon les cas. Ici, les noyaux hépatisés sont très nombreux et à peine entourés d'une zone d'alvéoles splénisés; là, au contraire, le tissu du poumon est uniformément rouge, lisse et plan, splénisé en un mot; on voit à peine quelques nodules de broncho-pneumonie semés discrètement.

M. Joffroy se réfère à ce dernier type quand il décrit séparément la spléno-pneumonie de l'enfance comme une variété de la broncho-pneumonie et, si je ne me trompe, mes malades étaient atteints de spléno-pneumonie également.

La splénisation est surtout une *pneumonie épithéliale*. Le gonflement des

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 23 et 27 décembre 1883.

cellules de revêtement alvéolaire et leur desquamation, accompagnés d'un exsudat séro-albumineux, abondant, telle est la lésion principale. Il y faut ajouter l'oblitération des bronchioles par des sécrétions muqueuses ou muco-purulentes et l'infiltration œdémateuse du tissu conjonctif périlobulaire.

Pour M. Charcot, *l'inflammation oblitérante* des bronches serait la lésion primordiale cause d'atélectasie et de splénisation pour les lobules qu'elle alimente et les choses se passeraient dans le poumon, comme dans le foie après la ligature du canal cholédoque infailliblement suivie de néoformations épithéliales et d'épaississement conjonctif.

Il s'agirait donc, en résumé, d'une inflammation épithéliale avec exsudat séro-albumineux.

L'aspect macroscopique rappelle assez celui des congestions passives dans lesquelles le poumon est lisse et rouge, crépite peu, et surnage, mais le poumon splénisé est plus compact, il cède moins à la pression du doigt, laisse écouler moins de sérosité, et plonge à demi; enfin, l'examen histologique lève tous les doutes. Dans le poumon congestionné, les alvéoles sont à peu près libres d'exsudat, la coupe microscopique paraît largement aérée; au contraire, elle est à peu près opaque, les alvéoles étant pleins de cellules épithéliales et de sérosité albumineuse dans la splénisation.

Cette différence est beaucoup plus apparente sur les coupes microscopiques qu'à l'examen comparatif à l'œil nu des deux poumons.

On pourrait peut-être, ces notions aujourd'hui classiques sur la spléno-pneumonie étant admises, tenter une explication des signes physiques, et en particulier de la diminution des vibrations vocales, source première des erreurs de diagnostic, en réfléchissant à la manière dont les vibrations se forment et se perçoivent. Elles *naissent* dans le larynx, se *propagent* dans les tuyaux bronchiques et se *transmettent* par le parenchyme pulmonaire à la main appliquée sur le thorax.

Dans l'espèce, l'absence des signes ordinaires de l'inflammation bronchique, expectoration et râles, ne permet guère de rapporter la diminution du *fremitus* thoracique à un défaut de propagation dans les canaux bronchiques. Mais si la transmission par le poumon change avec les modifications de densité qu'il a subies, on conçoit que les alvéoles à demi pleins d'un exsudat séro-albumineux mêlé de cellules épithéliales se rapprochent plutôt de la densité des liquides que de celle des solides. Dans ces conditions, la masse pulmonaire doit opposer aux vibrations vocales à peu près le même obstacle qu'une couche de liquide intra-pleural. De fait, les ponctions capillaires ont fourni une goutte de liquide séro-sanguinolent où les globules rouges sont peu nombreux.

A l'appui de cette explication, je pourrais citer plusieurs autopsies, une entre autres que je fis le 14 avril 1878, à l'hôpital Temporaire, avec M. Havage, mon interne. Il s'agissait, croyions-nous, d'une pleuro-pneumonie, car l'égophonie et la diminution des vibrations vocales furent notées jusqu'au dernier jour. Or, nous trouvâmes à l'autopsie une pneumonie suppurée sans trace de liquide dans la plèvre, et sans qu'il fût possible d'admettre qu'il y en eût jamais eu, car les deux feuillets pleuraux étaient intimement unis par une symphyse mince, mais organisée, ferme et ancienne.

Le poumon était donc seul responsable de la transformation des signes ordinaires de la pneumonie; or, son tissu était gris, lisse et beaucoup moins compact qu'au deuxième degré de la pneumonie.

Du reste, il est classique d'attribuer à certaines congestions pulmonaires et à certains œdèmes cette même diminution du *fremitus* vocal, et cette atténuation du souffle qu'on rencontre aussi dans la broncho-pneumonie commune et dans les spléno-pneumonies.

Le diagnostic de la *spléno-pneumonie* avec la *pleurésie simple* est difficile,

car la matité et la diminution des vibrations se rencontrent dans les deux cas. De même le souffle et l'égophonie sont assez semblables; toutefois, dans la pleurésie, *l'égophonie est plus pure et le souffle d'une tonalité plus aiguë*.

Mais il y a d'autres signes différentiels. Les uns sont du *foyer*, j'entends parler des crépitations discrètes et superficielles qu'on entend çà et là dans l'inspiration seulement, quand il y a inflammation du parenchyme pulmonaire; les autres sont du *voisinage*, la persistance de l'espace de Traube est le meilleur de tous, car, sauf de très rares exceptions concernant de grandes pneumonies lobaires, la phlegmasie subaiguë du poumon ne saurait refouler l'espace semi-lunaire et le rendre mat.

On sait, en outre, que le poumon qui surnage à l'épanchement d'une pleurésie moyenne subit un tassement qui donne naissance, au-dessus du niveau du liquide, à une zone où les vibrations sont brusquement accrues. Cette *zone de condensation* manque dans la spléno-pneumonie, où les vibrations reparaissent *peu à peu et progressivement* de la base au sommet.

Mais, quoique tous ces signes fussent réunis chez le malade de notre première et troisième observation, la solution du problème nous échappait encore si la ponction capillaire ne nous avait appris que le poumon était appliqué contre la paroi du thorax, à 9 millimètres de la surface de la peau. C'est là, je pense, un argument sans réplique; cependant, il ne suffit pas de ne point retirer du liquide avec la seringue de Pravaz pour affirmer l'absence de pleurésie; pour cela, il faut que quelques gouttes de sérosité sanguinolente et spumeuse pénètrent dans l'aiguille de Pravaz, et dans le corps de pompe. Alors seulement on est sûr d'avoir pris le contact du poumon.

Quand la pleurésie est accompagnée de congestion pulmonaire, comme il arrive si souvent, le diagnostic est encore bien plus difficile. Je fais allusion à ces faits que M. le professeur Potain a si bien décrits (1) et qu'on trouvera consignés dans l'excellente thèse de M. Serrand (2).

Lorsque dans une pleurésie avec épanchement moyen, le poumon est sain, il surnage et se rétracte cédant sa place au liquide. Il n'en va pas de même quand le poumon est congestionné, plus dense et moins rétractile; il ne se laisse plus refouler, mais plonge dans le liquide et fait monter son niveau d'autant plus qu'il est lui-même plus volumineux. Il en résulte que le liquide paraît plus abondant qu'il n'est en réalité, et que l'état du poumon masqué par l'épanchement passe le plus souvent inaperçu. C'est à M. Potain que nous devons la connaissance et les éléments du diagnostic de ces états pathologiques complexes, beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit et qui peuvent s'associer en proportion très variable. Dans la plupart des observations publiées par M. Serrand, la congestion pulmonaire était intense, elle semble avoir précédé, quelquefois accompagné pour le moins, la formation de l'épanchement pleural.

En comparant le tableau des signes diagnostiques différentiels de la pleurésie simple, de la pleurésie avec congestion pulmonaire et de la spléno-pneumonie on arrive aux conclusions suivantes :

Le signe capital, presque caractéristique de la congestion pulmonaire est une expectoration gommeuse, filante, peu aérée et souvent fort abondante. Déjà Bouillaud lui reconnaissait la plus haute valeur diagnostique, et l'observation de chaque jour prouve qu'il avait raison.

Les signes physiques de la congestion pulmonaire avec épanchement pleural et de la spléno-pneumonie sont sensiblement les mêmes : diminution des vibrations, submatité, broncho-égophonie, souffle doux et grave se rencontrent dans les deux cas. Les crépitations sèches, rares, superficielles appartien-

(1) Congrès du Havre, 1878.

(2) Serrand. *Etude clinique sur les rapports entre la congestion pulmonaire et la pleurésie avec épanchement*. Paris, 1878.

nent à la spléno-pneumonie, ainsi que la conservation de l'espace semi-lunaire.

On conçoit que la similitude presque complète des signes soit une source de fréquentes erreurs, et qu'il soit facile de prendre une spléno-pneumonie pour une congestion pulmonaire avec épanchement et *vice versa.* Quel est le médecin un peu habitué à pratiquer la thoracentèse, qui n'ait pas fait quelque ponction sèche?

Et jusque dans la thèse de M. Serrand on trouve une observation (obs. VI, Suire, Louis, p. 56) où le diagnostic « pleurésie avec congestion pulmonaire » ne fut pas confirmé par la ponction. Le 4 février, la quantité du liquide était évaluée à 1,500 gram. Les 5 et 6, cette *quantité augmente*, et le 7, au matin, la ponction est pratiquée dans la partie externe du sixième espace intercostal. « *Pas de liquide,* mais seulement un *peu de sang. Il n'y a donc pas ou presque pas de liquide dans la plèvre, on a surtout affaire à la congestion pulmonaire.* » (*Loc. cit.*, p. 68.)

En relisant cette observation, je me demande si le diagnostic de la spléno-pneumonie ne conviendrait pas à ce cas. Outre qu'il fut bien démontré que le poumon était seul responsable des signes physiques observés le malade n'avait toussé que fort peu et n'avait pas craché (1). En outre, les crépitations apparurent le 13 février; enfin, après une courte fièvre, vint une longue apyrexie. S... quitta l'hôpital le 17, le niveau de la matité étant resté le même, et les autres signes physiques étant simplement atténués.

Cette fixité et cette durée des signes physiques, ajoutées aux crépitations, à l'absence de crachats, et à la preuve fournie par le trocart d'absence de tout liquide, ne semblent-ils pas démontrer qu'il s'agissait d'une inflammation subaiguë du poumon reproduisant trait pour trait ma première observation?

Entre la *congestion pulmonaire simple* et la *spléno-pneumonie* les différences sont grandes si on se réfère anx types purs de chacun de ces deux états pathologiques. La variété et la mobilité des signes physiques, l'abondance des crépitations et des crachats, l'acuité plus grande et aussi l'évolution beaucoup plus rapide de la congestion, sont autant de symptômes différentiels qui ne permettent pas longtemps la confusion. Mais la congestion pulmonaire, qui dure, qui s'installe et persiste après la période fébrile pendant 2, 3, 4 septenaires, a les affinités les plus grandes avec ce que je crois être la spléno-pneumonie. Il est probable que les différences anatomiques sont peu de chose et tendent à s'effacer à mesure que dure la congestion, qui passe peu à peu à la pneumonie épithéliale.

Un point souvent fort délicat est de décider, étant donnée une spléno-pneumonie, s'il existe ou non concurremment avec l'inflammation épithéliale du poumon, une pleurésie exsudative peu abondante. L'erreur est d'autant plus facile qu'une petite quantité de liquide ne change pas sensiblement les signes physiques, les crépitations pouvant s'entendre à travers une lame d'épanchement, et que le liquide peut se réfugier à l'angle des côtes dans les culs-de-sac pleuraux ou même entre le diaphragme et la face intérieure du poumon. Mais la présence d'une petite exsudation pleurale ne changeant rien au fond des choses, son diagnostic importe assez peu.

En revanche on peut voir, comme chez mon second malade, une inflammation de la plèvre accompagner la phlegmasie pulmonaire et la ligne de matité gagner, en *montant* et en *tournant,* l'aisselle et la région sous-claviculaire et réaliser ce que Lasègue appelait la pleurésie tournante.

(1) Il n'est pas dit expressément dans le texte que le malade ne crachait pas, mais c'est la seule observation parmi celles que donne M. Serrand où il ne soit pas fait mention des crachats; or, l'expectoration gommeuse tenant le premier rang des signes, il est bien probable qu'il en eût été fait mention si elle eût existé.

Un poumon sain en état de demi-collapsus et refoulé par un hydrothorax peut faire illusion dans certains cas exceptionnels, et j'en ai vu récemment la preuve puisque j'ai commis cette erreur dans le service de mon collègue M. R. Moutard-Martin. Chez le malade dont je parle, nous n'avions pas méconnu la présence de l'épanchement, et la ponction faite à deux reprises avait donné la première fois 200 grammes et la seconde fois 800 grammes. Nous ne pensions pas davantage à une inflammation pulmonaire aiguë ou subaiguë, le malade n'ayant jamais eu de fièvre ni de douleur de côté. Mais, en présence des signes physiques en tout semblables à ceux d'une splénisation pulmonaire, nous avions pensé à une inflammation chronique du poumon accompagnée d'épanchement.

L'autopsie fit voir qu'il s'agissait d'un hydrothorax avec collapsus pulmonaire.

A chaque inspiration, le poumon simplement comprimé faisait entendre au travers d'une mince couche liquide des *crépitatians de déplissement* qui, réunies aux autres signes, broncho-égophonie, souffle doux, vibrations atténuées, furent la cause de notre erreur.

Mais il convient d'ajouter que la cavité thoracique était, chez cette malade, extrêmement réduite par le volume et l'adiposité du cœur, par l'hypertrophie énorme de la rate et le développement excessif de l'estomac, de sorte qu'un petit épanchement de 7 à 800 grammes produisait sur le poumon les effets de refoulement et de compression d'un épanchement de deux ou trois litres dans un thorax ordinaire. L'adiposité extrême du sujet ayant rendu toute recherche de l'espace de Traube, toute palpation de la rate, de l'estomac et du foie impossibles, nous ne pouvions apprécier *le rapport* de la capacité thoracique, de la quantité d'épanchement et du volume du poumon.

Cette revue de diagnostic différentiel *de la spléno-pneumonie avec la pleurésie, la congestion pulmonaire avec épanchement, la congestion simple et le collapsus pulmonaire,* est tout ce que permettent les observations que j'ai dans les mains. Il m'eût été facile de trouver dans la littérature médicale des faits analogues à celui que j'ai emprunté à la thèse de M. Serrand; mais, outre que j'ignore si les auteurs accepteraient mon interprétation, rien ne peut remplacer l'observation directe pour l'interprétation de phénomènes physiques, souffle, égophonie, etc...

Le pronostic de la spléno-pneumonie semble plus sérieux que celui de la pleurésie simple et de la congestion pulmonaire. C'est tout ce que j'en puis dire, les documents me faisant défaut et ne pouvant être que mal remplacés par des souvenirs plus ou moins fidèles.

BIBLIOTHÈQUE

Étude sur l'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires, par M. le docteur J. Berthaut. Paris, 1883. Coccoz.

L'obstruction des voies biliaires par les hydatides et l'élimination des kystes hydatiques à travers cet appareil produit des accidents analogues à l'obstruction et à la migration des calculs biliaires. Des coliques hépatiques s'accompagnant d'ictère et de la présence des hydatides dans les matières fécales font soupçonner ces accidents et, d'après l'existence ou l'absence des signes physiques de tumeur, décider de l'intervention médicale ou chirurgicale dans le traitement. Dans ce dernier cas, l'emploi des méthodes opératoires rapides paraît préférable à M. Berthaut, dont le mémoire constitue une monographie complète et intéressante sur cette question clinique difficile. Il fait donc honneur à notre nouveau confrère et aux maîtres éminents dont il a reçu l'inspiration. — C. E.

JOURNAL DES JOURNAUX

De l'ergot de seigle dans le delirium tremens, par M. ARNOLDOW. — Le docteur Arnoldow rapporte l'observation d'un malade atteint d'hémoptysie et présentant des menaces de *delirium tremens*.

Le chloral avait été donné contre l'insomnie sans qu'aucun résultat eût été obtenu. Après l'emploi de l'ergotine, non seulement l'hémorrhagie cessa, mais les symptômes d'alcoolisme aigu rétrocédèrent.

Ce résultat heureux engaga l'auteur à recourir à l'ergotine dans d'autres cas *de mania a potu*, et, dans tous, le *delirium* fut rapidement enrayé par l'emploi du mycélium.

Le docteur Arnoldow explique cette action par la contraction des vaisseaux de l'encéphale sous l'influence de l'ergot. (*Ergot in delirium tremens Amer. Journ. of pharm.*, août 1883, d'après le *Deutsch. med. Zeitung*, mars 1883.) — L. Dn.

Étiologie de l'éclampsie puerpérale, par Henry CORBY, médecin de la Maternité de Corck. — La présente théorie pathogénique de l'éclampsie puerpérale a été suggérée à l'auteur par l'observation de deux cas récents fort significatifs dont voici le résumé rapide :

« Le 31 mars dernier, la nommée B... est apportée à l'hôpital avec des symptômes d'éclampsie puerpérale. Les convulsions, apparues dans les premières heures du jour, se sont déjà répétées deux ou trois fois. Chloral, bromure, purgatif et lavement purgatif. Albumine en quantité considérable dans les urines; anasarque. Le lendemain, diminution de l'albuminurie, mais apparition d'une hématurie. L'examen révèle une grossesse datant de six mois seulement. Huit jours avant l'apparition de la première convulsion, obscurcissement de la vue, douleur à la pression de l'abdomen. Il est facile de constater que le développement de l'utérus n'est pas ce qu'il devrait être pour une grossesse de six mois. Le fond de la matrice ne présente pas la forme régulière bombée, semi-lunaire de l'utérus gravide ordinaire ; il paraît être déprimé dans sa partie moyenne, comme si une bande rigide tendue sur le fond utérin empêchait son expansion dans l'abdomen.

L'autre cas d'éclampsie est relatif à une femme ayant présenté avant sa grossesse des symptômes de pelvi-péritonite ayant probablement donné naissance à des fausses membranes, et à des adhérences suffisantes pour entraver aussi plus ou moins l'expansion du fond utérin dans l'abdomen; et de fait, la malade arrivée au milieu du huitième mois de sa grossesse, ne présentait pas ce développement abdominal ordinaire aux grossesses de huit mois et demi.

L'auteur pense que cet étranglement, en quelque sorte ce tiraillement exercé sur le fond utérin, doit avoir plus d'une connexion de cause à effet avec l'apparition de convulsions éclamptiques chez ses deux malades. Mac Donald se fondant sur ses examens microscopiques avance que les convulsions éclamptiques sont dues à l'anémie cérébro-spinale coexistante Mais ce n'est là qu'une cause première ; quelle est la cause seconde? La théorie de Braun (matériaux excrémentitiels dans le sang; urémie), ni celle de Frerichs, « carbonate d'ammoniaque dans le sang », ne peuvent expliquer tous les cas d'éclampsie; ceux par exemple où il y a des convulsions sans albumine dans les urines, et ceux où il y a de l'albuminurie sans convulsion. De plus, l'albuminurie peut être un effet plutôt qu'une cause des convulsions.

L'auteur pense que l'éclampsie puerpérale résulte d'un état anormal de l'utérus dans lequel, soit en raison d'adhérences, de brides péritonéales, soit de tout autre cause anatomique, le fond utérin est gêné dans son expansion vers les parties supérieures de l'abdomen, expansion qui se fait alors dans d'autres directions et surtout en arrière, d'où compressions exercées sur les gros vaisseaux placés derrière l'utérus et gêne de la circulation rénale. Que le trouble circulatoire rénal ressortisse à la compression directe des vaisseaux ou à une affection du cœur, l'albumine est l'aboutissant commun.

Cependant le développement du fœtus continuant, celui-ci devient trop volumineux pour l'utérus vis-à-vis duquel il agit bientôt comme un corps étranger et dont il irrite continuellement les parois. De même que l'irritation du rectum dans l'helminthiasis détermine des convulsions généralisées chez l'enfant, de même le fœtus déterminera des convulsions chez la femme adulte dont le système nerveux, du fait de la grossesse, est devenu excitable, et susceptible d'agir et de réagir violemment sous l'influence d'impulsions qui resteraient sans effet sur la femme en santé.

Ainsi deux causes seraient susceptibles de produire l'éclampsie puerpérale, chacune d'elles pouvant agir sans le concours de l'autre : rétention dans le sang des matériaux

excrémentitiels de l'urine, irritation de l'utérus par un fœtus relativement trop volumineux. L'admission de cette dernière cause rend compte de plusieurs phénomènes en connexion avec l'éclampsie puerpuérale. Par exemple, la simple présence de l'albumine dans les urines n'est pas toujours une cause suffisante pour provoquer les convulsions chez les femmes enceintes, parce que la quantité de matériaux excrémentitiels de l'urine passés dans le sang n'est pas elle-même assez grande pour provoquer ces convulsions sans le concours de l'irritation utérine concomitante, laquelle peut faire défaut.

Le fait de l'apparition tardive des convulsions ou alors seulement que la femme est délivrée, peut s'expliquer par l'effet combiné de l'accumulation progressive dans le sang des matériaux excrémentitiels et par l'excitation progressive du système nerveux par l'intermédiaire de l'utérus, excitation devenant à un moment donné assez intense pour se traduire alors par les convulsions éclamptiques. Il est également facile d'expliquer pourquoi dans la plupart des cas, les convulsions ne se produisent plus après la délivrance, la compression des vaisseaux et l'irritation utérine prenant fin du même coup avec l'expulsion du fœtus. On peut se facilement rendre compte pourquoi l'accouchement est si souvent prématuré et pourquoi le fœtus vient si souvent mort-né. Si l'introduction de la main dans la cavité utérine excite ses contractions, on peut à plus forte raison penser que les frottements du fœtus contre les parois d'un utérus insuffisamment développé exciteront des contractions expulsives violentes qui, jointes aux contractions synergiques et concomitantes des autres organes, avanceront le moment de l'expulsion. Quant à la mort du fœtus, toutes les causes précitées concourent à la produire : altération du sang, compression directe du fœtus par l'utérus par suite de la trop petite quantité des eaux amniotiques, spasmes toniques suivis à courte échéance de spasmes cloniques. (*On the causes of puerperal eclampsia. The Lancet*, 17 nov. 1883.)

— L. Dn.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 24 décembre 1883. — Présidence de M. Blanchard.

M. Dubois, ingénieur des ponts et chaussées à Valence, envoie la description des lueurs crépusculaires qu'il a observées, notamment le 2 décembre à 6 heures du soir, et qui s'étendaient jusqu'au zénith.

M. d'Abbadie transmet une lettre de M. Laugier, fils de l'astronome, qui décrit également le phénomène crépusculaire qu'il a observé dans tout son éclat, le 30 novembre, le 15 et le 18 décembre, mais, comme M. Dubois, il n'en donne aucune explication.

Enfin, un correspondant qui signe sa lettre des initiales H. P. demande quelle est l'opinion de l'Académie à ce sujet. Assurément ce n'est pas notre sympathique confrère M. Henri Parville qui aurait eu cette indiscrète curiosité.

M. Chevreul recommande à tous les observateurs de se tenir en garde contre les causes d'erreur qui peuvent provenir du contraste simultané des couleurs, et il annonce la communication prochaine d'une découverte très importante sur l'action chimique d'une couleur sur une autre dans les opérations de la teinture.

M. Pasteur, au nom de M. Joannès Chatin, dépose sur le bureau une note relative à l'anguillule de l'oignon vulgaire.

L'ordre du jour appelle la nomination de deux candidats à la chaire de géométrie descriptive, vacante au Conservatoire des arts et métiers, par suite du décès de M. de la Gournerie. Cette nomination est d'ailleurs réclamée par le ministère. — La section de géométrie présente la liste suivante, arrêtée après discussion, dans le comité secret de la précédente section :

En première ligne, M. Roucher, répétiteur à l'Ecole polytechnique, déjà porté en première ligne sur la liste des professeurs du Conservatoire des arts et métiers;

En seconde ligne, M. Bris, professeur à l'École des beaux-arts.

Le premier tour de scrutin donne 31 voix à M. Roucher et 1 à M. Bris ;

Le deuxième tour donne 35 voix à M. Bris, 2 à M. Léauté et 1 à M. Lebon.

En conséquence, la liste de l'Académie est conforme à celle de la section.

M. Faye fait hommage à l'Académie de l'Annuaire du bureau des longitudes pour l'année 1884.

M. le Président annonce la perte douloureuse que la Compagnie vient de faire en la personne de M. Yvon-Villarceau, mort le 23 décembre à onze heures du matin, et dont les obsèques ont eu lieu le mercredi 26, à midi. M. Yvon-Villarceau avait été élu membre titulaire de la section de géographie et navigation, le 17 juin 1867.

— A quatre heures moins dix minutes, l'Académie se forme en comité secret.

M. L.

COURRIER

— M. le docteur L.-G. Richelot, professeur agrégé, reprendra son cours auxiliaire de pathologie externe sur les *maladies chirurgicales du tube digestif* le samedi 5 janvier, à 5 heures, dans l'amphithéâtre Laennec, et abordera l'étude des *hernies abdominales*.

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 17 décembre 1883, M. Mathieu (Raoul), fabricant d'instruments de chirurgie à Paris, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Par décret, en date du 18 décembre 1883, M. Hyades, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le prix de médecine navale, pour l'année 1883, vient d'être décerné à M. le docteur Maurel, médecin de première classe. — Un témoignage de satisfaction a été accordé à M. Friocourt, médecin principal, et à M. Chevalier, médecin de première classe.

Ecole de médecine de Limoges. — Ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1882-1883 :

Médecine. — Première année : prix, M. Léonnet. — Troisième année : prix, M. Lajugie.

Pharmacie. — Première année : prix M. Faur. — Deuxième année : prix, M. Blondet ; mention honorable. M. Lafont. — Troisième année : prix M. Lyraud.

Travaux pratiques. — Première année : 1er prix, M. Faur ; 2e prix, M. Artolozabal ; mention honorable, M. Cluzeau. — Deuxième année : 1er prix, M. Lafont ; 2e prix, M. Blondet. — Troisième année : prix, M. Lyraud.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance a composé, ainsi qu'il suit, son bureau pour l'année 1884 :

Président, M. Paul Richard ; vice-présidents, MM. Barbette et Gibert ; secrétaire général, M. Passant ; secrétaire général adjoint, M. Chevallereau ; secrétaires annuels, MM. Regnauld et Lecoconnier ; trésorier, M. Guyet ; archiviste, M. Toledano.

— Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris s'est terminé le jeudi 20 décembre 1883. Les élèves reçus ont été classés dans l'ordre suivant :

A. *Internes titulaires :*

1. MM. Belin, Monprofit, Panné, Villemin, Potocki, Martin de Gimard, Girode, Butruille, Lancry, Planchard, Lejars, Jeanselme, Despréaux, Hischmann, Demoulin, Derville, Lauth, Villar, Jacquet, Foubert.

21. Gaume, Godet, Leflaive, Hontang, Léonardon-Lapervenche, Budor, Wins, Chochon-Latouche, Cahn, Lavie, Courtade, Secheyron, Guinon (Georges), Aurière, Raymond, Engelbach, Lepage, Ballue, Grattery, Nourric.

41. Demelin, Regnauld (Eugène), Le Roy, Barraud, Champeil, Péraire, Duchon-Doris, Jouliard, Semelaigne, Chrétien, Gioux, Polguère, de Tornery, Didier, Camescasse, Gomet, Léonard.

B. *Internes provisoires :*

1. MM. Guinon (Louis), Récamier, Bonnet, Dubarry, Leudet, Wurtz, Crivelli, Mantel, Lefèvre, Reboul, Valat, Besançon (Emile-Julien), Guimaraès, Demars, Martin du Magny, Graverry, Roulland, Roland, Plicque, Gautier.

21. Thouvenet, Leriche, Deroche, Alexandre, Bouygues, Lyot, Dutil, Parmentier, Dumoret, Balme, Mullot, Pinel-Maisonneuve, Klippel, Dupré, Cohen, Gillet, Binaut, Lallemand, Filibilin, Martha.

41. Franc, Vilcoq, Secrétan, Bataille, Maurin, Benoit (Henri), Dieudonné.

Société d'hydrologie médicale de Paris. — Composition du bureau pour l'année 1884 : Président, M, Constantin Paul. — Vice-Présidents, MM. Danjoy et de Ranse. — Secrétaire général, M. Leudet. — Secrétaires des séances, MM. Paul Bénard et Delavarenne. — Trésorier-archiviste, M. Japhet.

Comité de publication, MM. Brongniart et Sénac-Lagrange.

Fin du Tome XXXVI (Troisième série).

Le gérant : G. RICHELOT.

TABLE DES MATIÈRES DU TOME XXXVI

(TROISIÈME SÉRIE)

JUILLET, AOUT, SEPTEMBRE, OCTOBRE, NOVEMBRE, DÉCEMBRE 1883.

A

B

C

D

E

H

I

J

K

L

P

Q

R

T

U

V

W

X

Z

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 61, rue de Lafayette